DES ABCÈS CHAUDS

DE

LA PROSTATE

ET DU

PHLEGMON PÉRIPROSTATIQUE

DU MÊME AUTEUR

Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse. (Broch. in-8. Publications du *Progrès médical*. Paris, 1879.)

Note sur une observation de kyste hydatique développé dans l'épaisseur du muscle grand pectoral. (*Progrès médical,* 1879, p. 497.)

Note sur un cas d'arrachement du point d'insertion des deux languettes phalangettiennes de l'extenseur du petit doigt par flexion forcée de la phalangette sur la phalangine. (*Bulletins de la Société anatomique,* 1879.)

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 9352

DES ABCÈS CHAUDS

DE

LA PROSTATE

ET DU

PHLEGMON PÉRIPROSTATIQUE

PAR

LE Dr PAUL SEGOND

PROSECTEUR DE LA FACULTÉ

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

En face de l'École-de-Médecine

—

1880

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

PRÉFACE. 1

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire des abcès de la prostate commence avec J.-L. Petit et Desault. — La priorité attribuée à Sœmmering et à Ev. Hôme est inexacte. — Lallemand, Verdier, Dugas, Bégin, Leroy d'Étiolles. donnent à l'histoire des abcès de la prostate une impulsion nouvelle. — Velpeau. — Auteurs contemporains. 7

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

J.-L. Petit, étudiant les « *rétentions d'urine causées par la prostate gonflée et enflammée* », dit, en parlant de « *ceux qu'il a vu atteints de cette espèce de rétention : Presque tous ont été attaqués de chaudepisses et très peu en avaient été méthodiquement traités.* » — Autres circonstances dont il faut tenir compte et qui rendent l'étiologie complexe. — Nécessité d'un groupement méthodique. — Tableau résumant les causes principales. — *Causes prédisposantes locales.* — Leur importance. — Il en est qui, suivant les circonstances, peuvent acquérir la valeur d'une cause déterminante. — *Causes prédisposantes générales.* Influence de l'âge, du lymphatisme, de la scrofule, etc., etc. — Fréquence. 13

A. PROSTATITES DE CAUSE INDIRECTE.

I. *Prostatites à frigore.* — Observations. — L'action du froid est réelle. — Pour être effective, elle implique un état maladif antérieur de la prostate 20

II. *Prostatites métastatiques.* — Oreillons. — Variole. — Infection purulente 21

Pages.

B. PROSTATITES DE CAUSE DIRECTE.

I. *Prostatites traumatiques.* — *Contusions de la prostate.* — La contusion de dehors en dedans est très rarement observée. — La contusion de dedans en dehors est une cause fréquente de prostatite. — Contusions par injection et par cathétérisme. — Influence de la contusion chronique et répétée, équitation, voitures mal suspendues, etc. Observ. de Laforgue. — *Plaies de la prostate.* — Plaies de dehors en dedans. — Plaies de dedans en dehors : cathétérisme, migration de fragments de calcul après la lithothritie, etc. — Cas de suppurations prostatiques consécutives à la blessure de la glande pendant la ponction sus-pubienne 23

II. *Prostatites par propagation.* — Les prostatites dues à la propagation par contiguïté sont rares. — Fréquence très grande des prostatites dues à la propagation par continuité. — Elles s'observent chez les malades affectés de rétrécissements de l'urèthre, de blennorrhagie ou de blennorrhée. — Inoculation à distance par les injections uréthrales. — Complications prostatiques de la blennorrhagie 28

III. *Prostatites par irritation, et prostatites par excès de congestion.* — Divergence des opinions relativement à l'influence de l'absorption cantharidienne, des excès de boissons alcooliques et de l'abus de la médication balsamique. — Il y a peu de preuves pour le copahu et le cubèbe. — La médication dite suppressive est une cause fréquente de prostatite. — La nocuité des injections uréthrales reconnaît surtout pour cause le traumatisme et l'inoculation à distance. — L'influence nocive des excès de boisson n'est pas discutable, mais l'état subinflammatoire du canal ou de la prostate est un intermédiaire obligé entre l'effet et la cause. — Une observation dans laquelle l'absorption cantharidienne a paru jouer le rôle de cause déterminante. — Efficacité des causes susceptibles de congestionner la région prostatique. — Influence particulièrement nocive des excès génésiques. — L'étiologie des abcès périprostatiques se confond avec celle des abcès prostatiques. — Plus grande fréquence des suppurations périprostatiques, toutes les fois que la formation du pus reconnaît pour cause une manœuvre opératoire ou toute autre circonstance capable d'offenser directement la muqueuse uréthro-prostatique 32

CHAPITRE III

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Les lésions de la prostatite suppurée se présentent sous trois aspects. — Adénite prostatique. — Abcès miliaires. — Cavernes. — Données actuelles sur l'anatomie pathologique de la prostatite à

Pages.

son début. — Autopsies de Voillemier et de Thompson. — Les caractères anatomo-pathologiques fondamentaux sont : l'augmentation de volume générale ou partielle, avec ou sans bosselures de la surface, la congestion du parenchyme, l'altération inflammatoire de la muqueuse 41

Quel est le point de départ réel de la phlegmasie? — Opinion de Velpeau et des auteurs qui lui ont succédé. — Hypothèses allemandes sur l'inflammation. — Recherches de M. le professeur Charcot sur l'évolution des phénomènes cellulaires de l'inflammation dans les parenchymes glandulaires. — L'évolution anatomo-pathologique de la prostatite est soumise aux lois générales formulées par M. Charcot. — Autopsies démonstratives de Velpeau et de Lallemand. — Examen histologique de Brissaud. — La lésion glandulaire est le point de départ presque constant des phlegmasies prostatiques. — Il faut distinguer deux formes principales de prostatites : 1° la prostatite catarrhale; 2° la prostatite phlegmoneuse interstitielle, presque toujours consécutive à la précédente et constituant l'origine vraie des abcès chauds de la prostate. 44

Nombre, volume, forme, siège des abcès prostatiques. — Leur mode de communication avec l'urèthre. — Cas où l'urèthre conserve sa forme tubulée et reste intact au milieu du pus. — Altération des canaux éjaculateurs et des vésicules séminales. — Diffusion des abcès prostatiques. — Fusées purulentes lointaines 52

Abcès périprostatiques. — Leur siège précis en arrière de l'aponévrose prostato-péritonéale. — Civiale. — D. Desprès. — Phillips. Demarquay. — Importance clinique du phlegmon périprostatique. — Phlegmon périprostatique par diffusion et phlegmon périprostatique par propagation. — Considérations sur la pathogénie de ces phlegmons. — Le phlegmon périprostatique est l'analogue du phlegmon péri-utérin. — Il peut être, comme lui, constitué suivant les cas par du phlegmon simple, de la périphlébite ou de la lymphangite. — Rien, jusqu'à présent, n'autorise l'hypothèse d'une lymphadénite périprostatique. — Deux formes cliniques : 1° le phlegmon par propagation pouvant être, suivant que la prostate elle-même suppure ou non, un phlegmon d'emblée ou une prostatite phlegmoneuse diffuse; 2° le phlegmon par diffusion 55

Abcès prostatiques renfermant un ou plusieurs calculs. — Abcès chauds à évolution froide. — Caractères distinctifs des abcès enkystés et des kystes à contenu purulent. — (Pièce présentée par M. Le Dentu à la Société de chirurgie.) 66

CHAPITRE IV

SYMPTOMES — MARCHE — PRONOSTIC

Deux formes cliniques : les suppurations aiguës et les suppurations insidieuses. — Cette distinction est applicable aux abcès intra-

Pages.

prostatiques et aux abcès périprostatiques. — Symptômes des formes insidieuses. — Symptômes des formes aiguës. — Signes de début. — Formes de la fièvre chez les malades atteints de suppuration prostatique (quatre types principaux). — Deux symptômes fondamentaux. — Rétention d'urine et douleurs de la miction. — Troubles fonctionnels. — Douleurs. — Point douloureux périnéal localisé entre le bulbe et l'anus — Ténesme rectal. — Sensation de corps étrangers. — Priapisme. — Analogie des symptômes fonctionnels de la périprostatite et de la prostatite. — Renseignements fournis par le toucher dans le phlegmon périprostatique et la prostatite. — Terminaisons de la prostatite. — Symptômes qui annoncent la formation du pus. — Abcès. — Leur évolution ultérieure 73

Ouverture des abcès dans l'urèthre. — Mode d'écoulement du pus. — Sorte d'éjaculation purulente. — Conditions susceptibles de retarder la guérison. — Ouverture tardive. — Volume de l'abcès. — Cicatrisation trop rapide des lèvres de l'ouverture. — Évacuation imparfaite. — Si le pus des abcès intraprostatiques suit une autre voie que l'urèthre, il y a forcément diffusion et la prostatite s'efface devant le phlegmon périprostatique 83

Le pus des abcès périprostatiques se collecte en arrière de l'aponévrose prostato-péritonéale, les données de l'anatomie montrent les différents chemins qui s'offrent au pus lorsqu'il veut sortir de sa loge. — La clinique confirme les prévisions de l'anatomie. — Au point de vue de la direction suivie par le pus, il faut distinguer des *cas fréquents*, des *cas rares* et des *cas exceptionnels*. 86

Cas fréquents. — Ouverture uréthrale. — Ouverture rectale. — Ouverture simultanée dans le rectum et l'urèthre. — Fusées dans la fosse ischio-rectale, fusées dans la région périnéale antérieure. . 89

Cas rares et *cas exceptionnels*. — Propagation obturatrice et inguinale. — Fusées obturatrices et inguinales. — Propagation péritonéale, péritonite. — Fusées ombilicales. — Propagation prévésicale. — Ouverture péritonéale. — Un cas de fusée vers le grand trochanter à travers l'échancrure sciatique. — Un cas de fusée dans l'épaisseur des parois abdominales jusqu'au niveau du rebord inférieur des fausses côtes. 93

Dangers du pronostic actuel. — Dangers du pronostic d'avenir. — Autres circonstances susceptibles d'aggraver le pronostic. — Grande étendue de la destruction prostatique. — Cavernes prostatiques. — Terminaison par gangrène signalée par Velpeau. — Il n'y a pas d'autopsie démonstrative. — La phlébite périprostatique est une complication fréquente de la prostatite. — Sa production est favorisée par les connexions veineuses de la glande, elle expose les malades à l'infection purulente. — Fréquence relative de cette dernière terminaison. — Les causes de la mort peuvent se résumer de la manière suivante : 1° infection purulente, 2° altération du pus et empoisonnement putride, 3° épuisement par abondance et conti-

Pages.

nuité de la suppuration, 4° propagations et fusées inflammatoires. — Pronostic général des abcès de la prostate. — Il faut distinguer à ce point de vue : 1° ceux qui se cicatrisent rapidement, 2° ceux qui empruntent une gravité spéciale à la coexistence d'une autre affection des voies urinaires, 3° ceux qui se compliquent de diffusion, de propagation et de fistules, 4° ceux qui détruisent la totalité de la glande et conduisent à la caverne. — Phénomènes qui peuvent succéder aux inflammations prostatiques : atrophie de l'organe, troubles pendant l'émission du sperme. — Incontinence. — craindre toujours la survie d'un état subinflammatoire 100

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Importance primordiale du toucher rectal. — Nécessité de combiner le toucher rectal à la palpation hypogastrique. — Faits établissant qu'il faut souvent recourir au toucher rectal alors même que la nature des symptômes observés n'appelle pas directement l'attention sur la région prostatique. — Diagnostic de la prostatite à ses différentes périodes. — Diagnostic au début. — Diagnostic de l'abcès. — Diagnostic des cavernes. — Diagnostic des fistules. 111

Diagnostic différentiel. — Calculs vésicaux. — Cystite. — Cowpérite. — Inflammation des vésicules séminales. — Calculs prostatiques. — Abcès des parois vésicales. — Suppuration tuberculeuse. — Kystes enflammés. — Diagnostic différentiel de la prostatite et du phlegmon périprostatique 117

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Utilité d'un traitement antiphlogistique énergique au début des phlegmasies prostatiques. — Émissions sanguines locales. — Règles du cathétérisme. — Ponction capillaire de la vessie 127

Nécessité d'une intervention hâtive et complète au début de la période suppurative. — Le pus des abcès prostatiques est accessible dans trois régions. — Règles opératoires pour l'ouverture uréthrale, pour l'incision périnéale et pour l'incision rectale. — Hémorrhagies possibles à la suite de cette dernière. — La recherche du pouls rectal permet de les éviter. — Valeur comparative et choix de l'une des trois méthodes. — La règle absolue c'est d'inciser à temps là où le premier indice de suppuration se laisse percevoir. — Attendre la fluctuation vraie, c'est inciser trop tard. —

Pages.

Signes qui révèleront la formation du pus du côté du rectum, du périnée ou de l'urèthre. — Inciser par le rectum ou par le périnée toutes les fois que les circonstances le permettent. 133

Traitement des complications. — Nécessité de surveiller et d'activer la cicatrisation. — Utilité de la sonde à demeure dans certains cas particuliers. — Conduite à tenir toutes les fois qu'il y a disproportion entre les dimensions de la cavité suppurante et celles des orifices par lesquels s'écoulent les produits de la suppuration. — Taille de Lallemand 139

Traitement des fistules. — Indications premières. — Importance du cathétérisme. — Sonde à demeure et cathétérisme intermittent. — L'une et l'autre méthode doivent être employées suivant les cas particuliers. — Cas dans lesquels le seul détournement des urines peut suffire à la guérison. — La modification directe des trajets fistuleux s'impose le plus souvent comme indication formelle. — Traitement des fistules uréthro-périnéales. — Injections irritantes. — Incision. — Débridement. — Fer rouge. — Incurabilité. — Traitement des fistules uréthro-rectales. — Succès obtenus à l'aide de la cautérisation par le thermo-cautère. — Combinaison de la cautérisation au cathétérisme. — En présence des fistules rebelles à la cautérisation, les indications d'une intervention chirurgicale plus directe peuvent se poser. — Nécessité absolue de déterminer le siège précis de la fistule avant de rien entreprendre. — Opération d'Astley Cooper. — Réunion immédiate primitive tentée par Thompson. — Réunion immédiate secondaire 142

Observations. 151

Tableau résumant 115 observations d'abcès prostatiques ou péri-prostatiques 211

Analyse de ces 115 observations au point de vue de l'âge. . . . 227

Analyse de ces 115 observations au point de vue des causes. . 227

Analyse de ces 115 observations au point de vue de la marche. 231

Analyse de ces 115 observations au point de la durée et de la terminaison 232

Planches 237

Bibliographie 245

Paris. — Typographie G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 9252.

PRÉFACE

Je me propose d'étudier dans cette thèse les abcès chauds de la prostate et l'inflammation du tissu cellulaire qui l'entoure.

L'idée première de ce travail appartient à mon maître, M. le professeur Guyon. Je veux lui exprimer, à cette place, toute ma reconnaissance pour les conseils qu'il n'a cessé de me prodiguer pendant le cours de mes recherches. L'année précieuse que je viens de passer à l'hôpital Necker m'a permis d'observer plusieurs malades atteints de suppuration prostatique ou périprostatique. Leurs observations, jointes à celles que j'ai empruntées aux divers auteurs, et surtout à la pratique antérieure de M. Guyon, forment un total de 115 cas, sur lesquels se basent mes conclusions principales.

Certes, l'histoire des abcès de la prostate n'est pas

née d'hier et, lorsqu'on envisage la série des auteurs qui ont abordé le sujet de près ou de loin, on pourrait le croire épuisé; ce serait une erreur. On a beaucoup écrit sur les suppurations prostatiques; mais, depuis l'article classique de Velpeau, dans le Dictionnaire en 30 volumes, on n'a pas, que je sache, publié, sur ce chapitre spécial des maladies des voies urinaires, un travail d'ensemble consacré exclusivement à l'étude des suppurations franches de la prostate. Trop souvent, la fonte tuberculeuse et les abcès non spécifiques de la glande se trouvent associés dans une description commune. Une distinction tranchée est cependant nécessaire.

Le phlegmon prostatique a sa physionomie propre.

La tuberculisation de la glande représente à son tour une individualité morbide parfaitement définie : c'est une véritable phthisie de l'organe. Tantôt, elle survient à titre de lésion concomitante au milieu d'un ensemble symptomatique grave, caractérisé par la tuberculisation progressive de l'appareil génito-urinaire et mortel, à brève échéance, de par la généralisation de la diathèse. Tantôt le tubercule se localise davantage. Ces différentes éventualités ne sauraient modifier le caractère propre de la maladie.

Le tuberculeux, qu'il ait ou non des tubercules

dans la prostate, a tous droits à la blennorrhagie. Il peut, du même chef, contracter une prostatite suppurée franche qui prête à confusion, par ce fait qu'il existe déjà des manifestations diathésiques. Mais, dans les cas de ce genre, la diathèse ne peut influencer que le pronostic et le terrain n'a rien à voir avec la nature intime de la maladie accidendentelle. Tuberculeux ou non, le malade a un abcès de la prostate qu'il faut nettement séparer de la destruction tuberculeuse proprement dite, malgré des analogies symptomatiques parfois très grandes. C'est là ce qu'on ne dit pas assez.

Cette distinction est capitale et mon cadre se trouve dès lors tracé : les suppurations franches de la prostate doivent seules m'occuper.

Ainsi réduite aux limites que lui assignent l'anatomie pathologique et la clinique, l'histoire des abcès prostatiques reste néanmoins fort longue; elle se prête à des considérations nombreuses qu'il faut coordonner. Je m'efforcerai de retracer les traits essentiels de cette étude, en m'appliquant à mettre en évidence certains faits importants qui, pour avoir été signalés, n'en sont pas moins restés dans l'ombre.

Les phénomènes de propagation inflammatoire et les fusées purulentes, qui trouvent leur point de départ au niveau de la prostate, sont de ce nom-

bre. Leur connaissance précise est indispensable. Dangereux par leurs effets immédiats, ils compromettent souvent l'avenir, en laissant après eux des décollements étendus et des trajets fistuleux intarissables. Je leur accorderai les développements qu'ils méritent, et je chercherai dans quelle mesure les connexions anatomiques de l'organe malade peuvent influencer leur nature, leur mode de production et leur marche. En un mot, j'étudierai cette forme grave, à laquelle M. Guyon donne le nom de prostatite phlegmoneuse diffuse.

La suppuration intra-prostatique exige à son tour quelques développements spéciaux au point de vue de la pathogénie et du siège originel du processus inflammatoire. Les différents auteurs qui ont abordé cette question, professent un éclectisme un peu trop étendu à mon avis. J'établirai le rôle important qu'il faut accorder ici à l'élément glandulaire. Je dois cette partie intéressante de mon travail à mon ami M. Ed. Brissaud. Les recherches histologiques qu'il a faites, sur ma demande, me permettent de fournir la preuve anatomique des idées que je cherche à faire prévaloir. Je lui dois, en outre, les planches qui figurent à la fin de cette Thèse.

Enfin, je m'attacherai à déterminer les règles générales du traitement et les indications précises de l'intervention chirurgicale. L'exploration directe,

les symptômes généraux et, en particulier, la *marche de la fièvre* nous fourniront à cet égard des renseignements précieux.

Tels sont les points principaux sur lesquels je me réserve d'insister. Leur exposé montre que l'histoire complète des abcès de la prostate demande une étude nouvelle; c'est elle que je vais entreprendre, en m'efforçant de lui donner tous les caractères d'un travail d'ensemble.

DES ABCÈS CHAUDS

DE

LA PROSTATE

ET DU

PHLEGMON PÉRIPROSTATIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Béraud (1) fait dater l'histoire des phlegmasies de la prostate du commencement de notre siècle. « Consultez, dit-il, les écrits des chirurgiens les plus distingués du XVIII[e] siècle, et vous verrez que Desault et J.-L. Petit ne parlent des maladies de la prostate qu'incidemment et à l'occasion des rétentions d'urine. » La plupart des auteurs qui ont écrit sur les abcès de la prostate, depuis 1857, ont lu la thèse de Béraud ; ils ont profité des renseignements cliniques très précieux qu'elle renferme et, par extension, ils ont cru pouvoir y copier, sans autre vérification, l'his-

(1) BÉRAUD, *Maladies de la prostate.* Th. d'agrégation. Paris, 1857.

torique du sujet. Si bien qu'à l'heure actuelle, si l'on s'en tenait aux considérations historiques placées en tête de quelques thèses récentes, on arriverait à cette opinion entièrement inexacte que Desault et J.-L. Petit, par exemple, n'ont abordé l'étude des abcès de la prostate « qu'incidemment ».

C'est là une erreur qu'il importe de relever. J.-L. Petit et Desault, comme tous les auteurs du siècle dernier et du commencement de celui-ci, ont étudié les abcès de la prostate à propos de la rétention d'urine ; mais, si l'on veut bien se reporter aux œuvres de ces grands chirurgiens, on y trouvera sur l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement des abcès de la prostate, des pages remarquables qu'on a pu commenter ensuite, mais dont la priorité ne saurait être contestée.

Quelques années avant l'époque où Desault enseignait la chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Paris, les maladies des voies urinaires étaient le domaine exclusif des charlatans et des fabricants de bougies. Les carnosités constituaient toute l'anatomie pathologique des affections uréthrales, et, si l'on fouille dans tout ce passé, on y trouve à peine quelques fragments isolés, quelques faits épars et des quantités innombrables d'emplâtres, d'onguents et de cataplasmes.

Il n'y a rien là, d'ailleurs, qui puisse étonner; les anciens observaient rarement ou mal ce genre d'affections et ne pouvaient les connaître. Lorsque les médecins de l'antiquité se partagèrent entre eux le corps humain et que l'un prit les yeux, l'autre les oreilles, celui-ci les mâchoires, celui-là la peau, etc., etc., aucun ne songea à s'emparer de l'urèthre. Est-ce, comme l'ont écrit Duméril et

Percy (1), parce que la syphilis, inconnue jusqu'alors, n'avait pu faire encore, de ce canal, « le meilleur lot de tous? » Il en est peut-être ainsi. Mais ce qui est certain, c'est qu'il y eut « des oculistes, des acoustiques, des cosmétiques et des dentistes, vingt siècles avant qu'il y eût des canaliculeux, *medici canaliculi,* comme les appelait ironiquement Haller », et ce ne fut qu'après la généralisation du vice vénérien en Europe que s'établit cette nouvelle classe de guérisseurs. Dès lors, les occasions d'observer se multiplièrent, des livres parurent en grand nombre sur la gonorrhée, et les médecins commencèrent à étudier sérieusement les maladies de l'appareil génito-urinaire.

Malheureusement, la médecine emplastique régnait alors en maîtresse, les connaissances anatomiques manquaient de précision, l'anatomie pathologique n'existait pas, et, n'envisageant que l'histoire des suppurations prostatiques, on peut dire que de tous les écrits de cette époque, il ne reste absolument rien qui mérite d'être relevé.

J.-L. Petit (2) est le premier qui parle des abcès de la prostate en vrai chirurgien. Il donne, dans le tome III de ses œuvres chirurgicales, trois observations fort remarquables, tant au point de vue de l'évolution de la maladie qu'à celui du traitement employé.

Desault (3), quelques années plus tard, traçait la pre-

(1) *Rapport à l'Institut de France à propos du mémoire de A. Petit sur la rétention d'urine.* (Paris, 1818.)

(2) J.-L. Petit, *Œuvres posthumes de chirurgie,* mises au jour par M. Lesne, maître en chirurgie. Paris, 1774.

(3) Desault, *Rétention d'urine par le gonflement de la prostate,* in *Journal de chirurgie,* t. II, p. 185 (Paris, 1791), et *Maladies des voies urinaires* in *Œuvres chirurgicales,* par Xav. Bichat, t. III, p. 220. Paris, 1803.

mière description magistrale que nous ayons sur les abcès de la prostate. Les auteurs qui lui ont immédiatement succédé n'ont rien ajouté à la question. Bosquillon (1), dans sa traduction du traité de Benjamin Bell sur la gonorrhée virulente et la maladie vénérienne, consacre près de cent pages à ses observations personnelles sur les engorgements de la prostate, et, malgré des prétentions évidentes à l'originalité, il n'apporte en définitive aucun fait nouveau. Swediaur (2) traite à son tour des abcès de la prostate, mais il pense qu'il n'y a rien à modifier à la description de Desault et la transcrit intégralement.

Ev. Home (3) et Sœmmering (4), dont on parle beaucoup, n'ont pas davantage fait avancer nos connaissances sur les abcès de la prostate. Nauche (5), dont on parle peu, est certainement aussi avancé que Sœmmering; et Jourdan (6), que personne ne cite, a, beaucoup mieux que ces derniers auteurs, décrit les symptômes des abcès prostatiques et discuté les indications de leur traitement.

L'excellente description de Boyer (7) est venue ensuite.

(1) Bosquillon, *Observations sur les engorgements de la prostate. Add. à la traduction du traité de B. Bell, sur la gonorrhée virulente*, t. I, p. 155. Paris, 1802.

(2) Swediaur, *Traité complet sur les symptômes, les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques*, 7e édition, t. I, p. 330. Paris, 1817. (La première édition est de 1798.)

(3) Ev. Home, *Pratical observations on the treatement of the prostate gland*. London, 1811.

(4) Sœmmering, *Traité des maladies de la vessie et de l'urèthre, considérées particulièrement chez les vieillards*. Trad. par Hollard. Paris, 1824, p. 142.

(5) Nauche, *Des maladies de la vessie et du conduit urinaire chez les personnes avancées en âge*. Paris, 1819, p. 59 et p. 198.

(6) Jourdan, article *Ischurie*, in *Dict. des sciences médicales*, p. 214 et suiv. Paris, 1818.

(7) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, t. IX, p. 110 et 186. Paris, 1824.

En 1830, les observations de Lallemand (1), le travail de Verdier (2), la thèse de Dugas (3), l'article de Begin (4) et les recherches de Leroy d'Étiolles (5), ont imprimé à l'histoire des phlegmasies prostatiques une impulsion nouvelle. Enfin, c'est avec l'article du professeur Velpeau (6), publié en 1842 dans le Dictionnaire en 30 vol., que les maladies de la prostate ont définitivement pris place dans la nosologie.

Depuis lors, les travaux se sont multipliés (7), mais je me borne à rappeler ici les noms de Chassaignac, Nélaton, Béraud, Civiale, Demarquay, au nombre de ceux qui ont le plus contribué à compléter l'histoire des abcès de la prostate. L'étude des détails nous fera constater, avec plus d'à-propos, l'utilité des recherches modernes.

(1) Lallemand, *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1825-1827.

(2) Verdier, *Observations et réflexions sur les phlegmasies de la prostate*. Le Vigan, 1837.

(3) Dugas, *Fragments pour servir à l'histoire des maladies de la glande prostate*. Th. de Montpellier, 1832.

(4) Begin, article *Prostatite* in *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1835, t. XIII, p. 598.

(5) Leroy d'Étiolles, *Rétention d'urine produite par l'engorgement de la prostate* (Arch. gén. de médecine, 1829), et *Considér. anat. et chirurg. sur la prostate*. Paris, 1840.

(6) Velpeau, article *Prostate* in *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes.

(7) Voir la Bibliographie.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'étude attentive des conditions pathogéniques habituelles de la prostatite, démontre un premier fait sur lequel il importe d'insister avant toute autre considération ; je veux parler des relations intimes qui unissent l'inflammation de la prostate à celle de l'urèthre.

J.-L. Petit, étudiant les « *rétentions d'urine causées par la prostate gonflée et enflammée* », dit à propos de « *ceux qu'il a vus atteints de cette espèce de rétention : Presque tous ont été attaqués de chaudepisses et très peu en avaient été méthodiquement traités* (1). » Cette loi générale, formulée par J.-L. Petit, domine l'histoire étiologique des abcès de la prostate. L'uréthrite en est la cause prédisposante dans presque tous les cas, et c'est elle qui, bien souvent, suffit à les produire sans l'intervention d'aucune autre influence. Sur un relevé de 98 Obs. (*voir p.* 228), j'en ai trouvé tout au plus 5 dans lesquelles il soit possible d'affirmer l'absence de tout écoulement uréthral préexistant.

Mais, à côté de ce fait, il est beaucoup d'autres circon-

(1) J.-L. Petit, *Œuvres posthumes de chirurgie,* mises au jour par M. Lesne, maître en chirurgie, t. III, p. 26. Paris, 1774.

stances dont il faut tenir compte, et ce n'est pas simplement pour obéir à des idées purement « systématiques », ainsi que Thompson (1) semble le penser, que des auteurs, comme Velpeau, ont assigné des causes multiples aux abcès de la prostate. Leur étiologie est en réalité fort complexe.

Voulant donner à ce chapitre les développements étendus qu'il comporte, et redoutant la monotonie d'une énumération pure et simple, j'ai pensé qu'il y avait avantage à rechercher, par l'analyse des faits, les éléments d'une classification générale qui permît de grouper méthodiquement les causes de la prostatite. Prenant surtout en considération la nature intime du mode d'action de ces différentes causes et le caractère direct ou indirect de leur influence, j'ai admis deux groupes de prostatites : des prostatites par causes indirectes et des prostatites par causes directes. Les premières, très rares, correspondent aux prostatites *à frigore* et aux prostatites métastatiques ; les dernières, beaucoup plus fréquentes, comprennent les prostatites par propagation et toutes celles qui se développent sous l'influence d'un traumatisme, d'un excès de congestion ou d'une irritation directe. Je donne ici cette classification, sous forme de tableau, me réservant d'insister ensuite, sur l'étude des faits particuliers.

(1) H. Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires,* trad. par E. Martin, E. Labarraque et V. Campenon. Paris, 1874, p. 334.

- **A.** CAUSES INDIRECTES
  - **I. — Prostatites à frigore**
  - **II. — Prostatites métastatiques :**
    - Infection purulente. — Variole. — Oreillons.
- **B.** CAUSES DIRECTES
  - **I. Prostatites traumatiques :**
    - Contusions de dehors en dedans : chocs, chutes, équitation.
    - Contusions de dedans en dehors : injection uréthrale poussée avec violence ; cathétérisme brutal.
    - Plaies de dehors en dedans : fracture du bassin, chute sur objet pointu, armes à feu ; opérations réglées comme la taille.
    - Plaies de dedans en dehors : cathétérisme, fausse route, stylet échappé des yeux d'une sonde, migration de calculs et, d'une manière générale, les opérations pratiquées au niveau de la région prostatique.
  - **II. Prostatites par propagation :**
    - *Continuité* .... Blennorrhagie : Cystite. Uréthrotomie interne. Opérations diverses pratiquées sur l'urèthre.
    - *Contiguïté* .... Hémorrhoïdes. Rétrécissement rectal. Rectite. Fistules, etc.
  - **III. Prostatites par irritation directe et prostatites par excès de congestion :**
    - Cautérisation au nitrate d'argent solide. Injections caustiques. Cantharides. Boissons alcooliques. Balsamiques. Calculs vésicaux et prostatiques. Corps étrangers. Bougies et sondes à demeure.
    - Équitation. Marche. Fatigues. Constipation. Superpurgation. Habitudes sédentaires. État variqueux des veines du rectum. Hypertrophie prostatique. Excès de coït ou de masturbation. Pollutions nocturnes.

Pour compléter ces indications générales, il est nécessaire d'insister sur le rôle des causes dites prédisposantes. L'influence de ce groupe étiologique est importante. Il est, en effet, un grand nombre de circonstances

qui sont incapables de provoquer par elles-mêmes l'inflammation suppurative d'une prostate saine et qui, cependant, peuvent devenir des causes déterminantes efficaces, lorsque l'organe se trouve préalablement irrité ou congestionné, lorsqu'il existe, en un mot, un état subinflammatoire de la glande.

Il y a, comme le dit M. Desprès (1), « un organe ou une portion d'organe chez la femme, qui est l'analogue de la prostate de l'homme : c'est le col de l'utérus. Mêmes glandes, même tissu musculaire et conduit muqueux au centre. La femme présente des engorgements du col qui offrent des poussées aiguës et dont nous suivons l'évolution. Les excès de table, les marches forcées, la rétention volontaire d'urine, les rapports sexuels forcés, le froid causent ces poussées inflammatoires, et il est constant que ces poussées soient suivies d'une hypersécrétion du liquide utérin normal qui devient louche et presque purulent. Cet état est de toute évidence une inflammation des glandes utérines. Les accès de prostatite dans les grosses prostates sont des maladies de même nature et il n'y manque même pas cet écoulement muqueux et purulent que l'on observe dans les métrites du col, trois jours après la poussée inflammatoire. »

Ces considérations permettent de restituer à certaines causes toute la valeur qu'elles possèdent. Ainsi l'exercice du cheval, même poussé à l'excès, est probablement incapable d'enflammer une prostate saine; mais, si l'inflammation chronique de l'urèthre, par exemple, a placé

(1) A. Desprès, *la Chirurgie journalière*. Paris, 1877, p. 461.

la prostate dans un état de réceptivité spécial, on pourra voir, comme chez l'Américain dont parle Demarquay (*voy. obs.* 46) (1), « une course de 10 lieues à cheval déterminer, à courte échéance, une suppuration prostatique abondante » sans qu'il soit possible de méconnaître les relations qui unissent l'effet à la cause.

Je pourrais multiplier les faits de ce genre. Tous nous amèneraient à cette conviction que les causes de la prostatite ne sont pour la plupart effectives s'il n'existe, au préalable, un état congestif ou irritatif de l'organe.

On peut donc poser en principe que toute circonstance capable de congestionner ou d'irriter la prostate, telle que les excès de coït, de masturbation, etc., etc., doit être considérée comme une cause prédisposante de prostatite.

Parmi ces causes prédisposantes locales, il en est, comme les habitudes sédentaires, par exemple, qui ne sauraient, à elles seules, déterminer une suppuration prostatique; mais il en est d'autres, et ce fait est digne d'être noté, qui peuvent, alternativement et suivant les circonstances, acquérir la valeur d'une cause déterminante. La masturbation est de ce nombre. Il n'est pas niable, en effet, que des habitudes invétérées de masturbation ne créent du côté de la prostate un état congestif dangereux qui, sous la moindre influence accidentelle, permettra l'évolution d'une phlegmasie aiguë; et, par contre, on

(1) Au cours de ce travail, je renverrai souvent aux observations. Les chiffres romains indiqueront les observations publiées avec leurs détails (voir p. 151) et les chiffres arabes désigneront celles qui figurent dans le tableau (voir p. 211).

pourra voir un excès de masturbation provoquer une suppuration de la prostate sur un sujet déjà prédisposé (*voy. obs.* XVI).

Il convient enfin de faire la part des causes prédisposantes générales.

L'influence de l'âge est en réalité indirecte, et les abcès de la prostate s'observent surtout aux âges que la blennorrhagie choisit pour prodiguer ses effets immédiats ou tardifs. Sur 115 malades dont j'ai relevé les observations, l'âge s'est trouvé noté 86 fois seulement. 17 étaient atteints d'hypertrophie prostatique, les 69 autres avaient des écoulements uréthraux plus ou moins anciens. Le plus jeune des 17 prostatiques avait 54 ans, le plus vieux 84 ans, et le calcul m'a donné comme moyenne de leur âge 67 à 68 ans. Le plus jeune des uréthraux (si je puis ainsi dire) avait 19 ans, le plus vieux 57 ans, et la moyenne de leur âge m'a donné 34 à 35 ans. Sans vouloir déduire des conclusions absolues de ces quelques faits, on peut dire que l'influence de l'âge se traduit de la manière suivante : la prostatite suppurée franche est une curiosité pathologique chez les enfants, elle se développe surtout chez les adultes et s'observe rarement chez les vieillards (1). Au surplus, les abcès prostatiques sont en eux-mêmes une maladie rare. Leur origine habituelle, la blennorrhagie, se propage plus rarement qu'on ne le suppose aux régions profondes de l'urèthre. Elle se cantonne généralement au niveau du bulbe; M. Guyon l'a constaté en pratiquant l'examen mé-

(1) On ne saurait souscrire à cette opinion de M. Picard que, « dans la vieillesse, il peut y avoir subinflammation, mais jamais suppuration de la glande. » *Traité des maladies de la prostate.* Paris, 1877; p. 85.

thodique du canal chez un grand nombre de malades atteints d'écoulements invétérés, et, dès lors, la rareté relative de la prostatite suppurée ne peut surprendre.

Pour beaucoup d'auteurs, le lymphatisme, la scrofule, la diathèse rhumatismale, favorisent la suppuration de la glande. Cette assertion est probablement exacte; en tous cas, il est certain que la blennorrhagie se produit avec une fréquence significative chez les sujets blonds, lymphatiques ou scrofuleux. Chez eux, les écoulements uréthraux s'éternisent, la blennorrhagie la plus bénigne vient souvent, comme le dit M. Guyon, révéler par ses allures l'existence d'un état diathésique dont les manifestations étaient jusque-là demeurées latentes, et toutes les conditions favorables à l'évolution d'une prostatite suppurée se trouvent ainsi réalisées.

Il est possible aussi que certaines affections rhumatismales de la vessie puissent retentir sur la prostate (1), mais le fait paraît peu probable et je n'en connais pas d'exemple.

Je ne dirai rien des tubercules ou du cancer, bien que ces deux états diathésiques soient habituellement comptés au nombre des causes de la prostatite, mais, suivant la remarque de Thompson, « de tels procédés entraînent de la confusion et abolissent la signification définie des termes, signification qu'il est extrêmement désirable, dans toutes les études de pathologie, de maintenir distincte autant que possible. »

La syphilis enfin ne saurait nous arrêter. Les manifestations prostatiques de la vérole sont, en effet, peu con-

(1) Picard, *Traité des maladies de la prostate*. Paris, 1877, p. 84.

nues et je ne sache pas que cette diathèse ait jamais favorisé l'évolution d'une prostatite suppurée (1).

Jusqu'ici, nous avons successivement constaté le rôle capital de l'uréthrite dans l'étiologie des abcès de la prostate, la rareté de la prostatite primitive et l'importance des causes dites prédisposantes. C'était un préambule indispensable à l'étude des faits particuliers, et nous pouvons maintenant aborder la question dans ses détails.

A. PROSTATITES DE CAUSE INDIRECTE

I. *Prostatites a frigore.* — La prostatite *a frigore* est exceptionnelle. Il en existe cependant quelques observations; ainsi que le dit Verdier (2), on a vu « la prostatite survenir chez des militaires qui, échauffés d'abord par la marche, mouillés par la pluie, avaient gardé pendant plusieurs jours leurs vêtements humides et s'étaient livrés à des excès de boisson pour se réchauffer et soutenir leurs forces ». M. Picard (3) a observé un malade chez lequel un état subinflammatoire de la prostate est devenu le point de départ d'une prostatite aiguë à la suite de l'exposition au froid humide.

Chez l'Auvergnat de l'observation XVI, on pourra voir une première poussée de prostatite survenir à la

(1) M. Reliquet a publié dans ses *Leçons sur les maladies des voies urinaires* (Paris, 1878, 1re fasc., p. 83) une observation intéressante dans laquelle un gonflement assez considérable de la prostate a cédé à l'influence du traitement anti-syphilitique.

(2) Verdier, *Observations et réflexions sur les phlegmasies de la prostate*, Le Vigan, 1837.

(3) Picard, *loc. cit.*, p. 84.

suite d'un voyage fait à pied et par la neige pendant l'hiver de 1831.

Thompson rapporte une observation de prostatite survenue à la suite d'excès et après l'exposition au froid. Le malade avait « passé tout un dimanche à Greenwich à boire, et il était revenu le soir à Londres, sur le haut d'un omnibus, par un temps humide et froid (1) ».

Ces quelques exemples (2) suffisent à montrer que le froid possède une certaine influence sur le développement de la prostatite. Cette influence est surtout évidente, lorsque l'action du froid ou de l'humidité porte directement sur le périnée, comme dans l'action de rester longtemps assis sur un gazon mouillé, par exemple. Il faut enfin bien noter que cette action du froid, pour être effective, implique, indépendamment de la prédisposition générale à l'inflammation, un état maladif antérieur de la prostate en vertu duquel l'irritation pourra s'y localiser.

II. *Prostatites métastatiques.* — M. le professeur Gosselin (3) a rapporté dans ses cliniques une observation très curieuse de prostatite métastatique à la suite d'oreillons. Le jeune homme qui en fait le sujet était entré à l'hôpital pour un gonflement très médiocrement douloureux du testicule lui-même. Il n'y avait pas de blennorrhagie. L'épididyme ne paraissait pas encore enflammé, mais l'induration qu'offrait la partie supérieure du testicule donnait assez l'idée d'un noyau tuberculeux autour duquel se se-

(1) Thompson, *loc. cit.*, p. 354.

(2) Dans un cas observé par M. Guyon, des phénomènes de cystite et de rétention ont paru succéder à un lavement trop froid, mais il n'y a pas eu de suppuration prostatique.

(3) Gosselin, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité,* 3e édit., t. II, p. 628. Paris, 1879.

rait fait une légère poussée inflammatoire et, de plus, la prostate présentait une augmentation de volume considérable.

En présence de cet ensemble symptomatique, la possibilité d'une tuberculisation pouvait être discutée. Mais, d'une part, la bonne constitution du sujet et l'origine récente de l'orchite ne se prêtaient pas à cette opinion, et, d'autre part, les réponses du malade ne laissèrent aucun doute à M. Gosselin sur la présence d'un oreillon, quelques jours avant le développement de l'orchite. Dès lors, le diagnostic « orchite métastatique » devenait très probable; en revanche, l'augmentation de volume de la prostate restait inexpliquée. La question n'est pas longtemps restée indécise; car, au bout de trois jours, le gonflement du testicule avait tout à fait disparu, et la prostate, de son côté, était revenue aux dimensions d'une prostate de jeune homme. La différence était d'environ moitié. M. Gosselin conclut de ce fait que la métastase des oreillons peut se faire vers la prostate en même temps que vers le testicule, que, sur le premier de ces organes comme sur le second, elle se traduit par une fluxion et non par une inflammation véritable, et qu'il faut se garder de prendre pour une prostatite symptomatique de tubercules cet état de la glande à la suite des oreillons.

Quant aux abcès métastatiques de la prostate, on doit les considérer comme exceptionnels (3 sur 98 obs.).

M. Guyon en a observé un cas très net chez un homme de 28 ans (*voy. obs.* 5), entré le 16 octobre 1871 à l'hôpital Necker. La suppuration prostatique était survenue au cours d'une variole.

Il existe enfin quelques exemples d'abcès métastatiques

de la prostate découverts sur des sujets morts d'infection purulente.

En mai 1861, M. Désormeaux a présenté à la Société de chirurgie, les organes génitaux d'un malade mort d'infection purulente dans son service, à l'hôpital Cochin. Plusieurs veines des parois de l'excavation pelvienne étaient remplies de pus. La surface de la prostate était parsemée de petites taches grisâtres, rondes, entourées d'aréoles d'un rouge livide, et son parenchyme était rempli de petits abcès métastatiques, parfaitement caractérisés, gros comme des grains de millet ou de chènevis et réunis en groupes confluents. Les dimensions générales de l'organe n'étaient pas altérées. Plus récemment, M. Socin (*voy. obs.* 109) a trouvé, en faisant l'autopsie d'un sujet mort d'infection purulente à la suite d'un phlegmon du pied droit, un abcès plus gros qu'un œuf de pigeon dans le lobe droit de la prostate.

B. PROSTATITES DE CAUSE DIRECTE

I. *Prostatites traumatiques.* — Les prostatites traumatiques offrent une certaine fréquence, et l'on comprend d'ailleurs que les contusions, et surtout les plaies de l'organe, soient une cause réelle d'inflammation. Sur 98 observations, j'en ai relevé 17 exemples. Il importe cependant de faire certaines réserves à l'égard de la contusion. Velpeau ne connaissait pas d'exemple authentique de contusion pure et simple de la prostate et cette pénurie d'observations s'explique par l'efficacité même des moyens de protection qui entourent l'organe. La profon-

deur à laquelle est située la prostate, la ceinture osseuse qui la garantit en avant et sur les côtés, la mettent à l'abri des contusions violentes qui atteignent la région périnéale. Pour en être bien convaincu, il suffit, comme le fait remarquer M. Le Dentu, de parcourir les relations d'autopsies où il est question de rupture de l'urèthre et de déchirures multiples des tissus voisins. « Au milieu de désordres considérables, la prostate reste intacte le plus souvent, alors même que l'aponévrose moyenne est en lambeau et que le canal a été entièrement détaché de l'extrémité antérieure de la glande (1). »

Il faut néanmoins tenir compte de ce mode pathogénique chez les sujets très prédisposés. Ainsi, chez un malade dont M. Barbier a présenté les pièces à la Société anatomique en 1874, c'est une chute sur le périnée qui paraît avoir été le point de départ d'une prostatite (*voy. obs.* 54).

D'ailleurs, il est un mode de contusion très réel de l'organe et qui, lui, joue *fréquemment* le rôle de cause déterminante dans la production des abcès de la prostate : c'est la contusion de dedans en dehors par l'intermédiaire d'une sonde, d'un instrument mal dirigé ou même d'une injection forcée.

Les injections dites abortives sont parfois le point de départ d'abcès prostatiques, et, dans les cas de ce genre, M. Guyon pense qu'il faut incriminer plus souvent la force du jet que la composition pharmaceutique du liquide

(1) Ce passage est emprunté à l'article encore inédit que M. Le Dentu consacre aux abcès de la prostate dans le 2e volume des *Maladies des voies urinaires* de Voillemier. M. Le Dentu aborde le sujet avec cette clarté d'exposition dont il a le secret, et je ne saurais trop le remercier de l'obligeance avec laquelle il m'a donné ses feuilles.

employé. Chez un malade que M. Guyon a observé dans sa clientèle, ce mécanisme était aussi net que possible. Le malade, âgé de 50 ans, crut devoir redouter l'apparition d'accidents vénériens à la suite d'un coït suspect et courut chez un pharmacien réclamer une injection abortive. Il se poussa lui-même l'injection avec une énergie proportionnelle à ses craintes. Dès le lendemain, tous les signes d'un abcès de la prostate se déclaraient, et, quelques semaines après, le malade mourait avec tous les symptômes de l'infection purulente (*voy. obs.* 20).

C'est par un mécanisme analogue et plus efficace encore qu'agit très souvent tout cathétérisme inhabile, impatient ou entêté.

En tenant compte des réserves que j'ai faites, on voit donc que la contusion brusque et rapide possède une valeur étiologique réelle.

A côté de cette variété de traumatisme, il faut ranger la contusion chronique ou répétée, telle qu'elle peut résulter de l'application longtemps prolongée du périnée sur un corps dur ou des ébranlements multiples occasionnés par l'équitation. C'est là une cause déterminante indiscutable. Les assertions inverses de M. Thompson prouvent qu'elle est rarement observée, mais elles ne sauraient modifier la valeur de certaines observations parfaitement démonstratives.

J'ai déjà parlé de ce malade soigné par Demarquay et qui eut une suppuration prostatique après une course de 10 lieues à cheval (*voy. obs.* 46). Lallemand, dans ses *Observations sur les maladies des organes génitaux-urinaires,* raconte l'histoire d'un nommé Béranger Vic-

tor, qui avait contracté la vérole et neuf chaudepisses de 1792 à 1805, et qui fut atteint de rétention d'urine très grave en 1806, à la suite d'une course à cheval (*voy. obs.* 63). D'ailleurs, je reproduis plus loin (*obs. XV*) une observation du Dr Reimonencq, dans laquelle il est impossible de méconnaître l'influence très réelle de l'équitation.

Quant à cet autre mode de contusion dû à l'application longtemps prolongée du périnée sur un corps dur, il est beaucoup plus rarement observé. Je ne connais même qu'une seule observation dans laquelle on puisse, avec quelque raison, lui attribuer une valeur. C'est l'observation de Laforgue (*obs. XX*). Son malade, principalement occupé au repassage des instruments, passait une bonne partie de ses journées assis à califourchon sur un banc, le corps penché en avant, et appuyé contre le support d'une meule. Son périnée se trouvait donc en contact, pour ainsi dire permanent, avec un corps très dur. Cet homme n'avait aucune affection antérieure, uréthrale ou vésicale, et s'adonnait volontiers à la boisson. C'est dans ces conditions que survint l'inflammation suppurative de la prostate.

Les *plaies* de la prostate, que Velpeau divisait en plaies de dehors en dedans et plaies de dedans en dehors, comprennent, à leur tour, une série de lésions très variées, telles que sections réglées de la taille, fausses routes et plaies proprement dites ou purement accidentelles. Toutes présentent ce caractère particulier, de pouvoir déterminer une suppuration prostatique, sans qu'il y ait au préalable un état maladif de la glande, et méritent, à ce titre, une mention spéciale. Beaucoup d'entre elles, ce-

pendant, ne sauraient m'arrêter sans me faire sortir des limites de cette thèse. Je signalerai seulement les suppurations qui surviennent à titre de complication à la suite de la taille, et les blessures, d'ailleurs très rares, par projectile de guerre, par pointe d'épée, par chute sur un échalas (Velpeau) ou sur tout autre objet tranchant ou piquant.

Un des plus curieux exemples de blessure par arme à feu est celui dans lequel M. Ricord (1) a pu extraire par le périnée une balle qui, après avoir traversé la fesse et l'os iliaque, était allée se loger dans l'épaisseur de la « cloison recto-prostatique. »

Les blessures qui se font de dedans en dehors nous intéressent plus directement. Ces plaies internes s'effectuent ordinairement pendant le cathétérisme. Les fausses routes qui en résultent s'opèrent, tantôt par l'action d'un stylet échappé des yeux d'une sonde, tantôt par un cathéter plein ou par un instrument lithotriteur, tantôt, et le plus souvent, par une sonde ordinaire, lorsqu'il s'agit de franchir quelque rétrécissement ou d'entrer dans la vessie malgré les déviations de l'urèthre. Il n'y a pas, comme le dit Velpeau (2), « jusqu'aux simples bougies, soit en gomme élastique, soit en baleine, qui ne puissent faire fausse route et pénétrer dans le tissu de la prostate ».

Dans toutes ces conditions, une suppuration prostatique devient possible. J'en donne plusieurs observations à la fin de ce travail.

Il convient de citer aussi les diverses opérations, d'ailleurs peu pratiquées, qui portent sur le col de la vessie

(1) Redard, *Gaz. des hôpit.*, 1872, p. 105.
(2) Velpeau, article *Prostate* in *Dict. en* 30 *vol.* Paris, 1842.

ou sur la portion prostatique du canal, et les éraillures dues aux fragments de calculs qui s'engagent dans la portion prostatique du canal, après la lithotritie. De nombreuses observations établissent nettement l'influence de ce dernier mode pathogénique.

Enfin, je rappellerai les cas de blessures survenues au cours de la ponction vésicale et suivies d'abcès. Dans la séance de la Société de chirurgie du 5 septembre 1855, M. Monod (2) a rapporté un cas de ce genre. Il a pu le rapprocher d'un fait analogue observé par M. Cazenave et dans lequel une suppuration prostatique avec inflammation de la vessie et des reins n'a pas tardé à emporter le malade. Dans ces deux cas, il s'agissait de blessure du lobe moyen de la prostate par la pointe d'un trocart, dans une ponction sus-pubienne de la vessie.

Les blessures de ce genre, ainsi que M. Monod l'a fait remarquer, s'expliquent très bien, lorsqu'on songe que le lobe moyen peut acquérir un volume considérable et que la prostate engorgée semble, dans certains cas, se déplacer de bas en haut, entraînant avec elle l'urèthre et la vessie. Lorsqu'il en est ainsi, la prostate prenant point d'appui sur l'aponévrose moyenne fait, pour ainsi dire, saillie au-dessus du pubis et devient facile à blesser avec l'extrémité d'un trocart *mal dirigé*.

II. *Prostatites par propagation.* — C'est à ce groupe étiologique qu'appartient l'immense majorité des prostatites observées. La propagation se fait par contiguïté quelquefois, et presque toujours par continuité.

C'est par le premier de ces mécanismes qu'agissent

(2) Monod, in *Gaz. des hôpitaux*, 1855, p. 484.

certaines causes rares, mais réelles, de prostatites, telles que les hémorrhoïdes, la rectite, les fistules à l'anus, les inflammations des vésicules séminales, etc. Ces affections de voisinage retentissent d'autant plus facilement sur la prostate qu'elles se compliquent elles-mêmes d'inflammation et de suppuration. Dans les cas de ce genre, la participation du tissu cellulaire périprostatique ou mieux rétroprostatique est un intermédiaire nécessaire entre l'inflammation de l'organe voisin et celle de la prostate. La périprostatite est alors chronologiquement antérieure à la prostatite et ne la provoque pas fatalement. Les observations relatées par M. Reliquet (1), dans une note lue à la Société de médecine de Paris le 9 février 1878, et d'autres publiées par M. Faucon (2), dans son mémoire sur le phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique, se rapportent à ce groupe de suppurations.

Quoi qu'il en soit, il faut bien savoir que la prostatite suppurée est possible dans ces conditions. A ce propos, je rappellerai certains faits observés par M. Gellé (3) dans le service de D. Desprès à Bicêtre, dans lesquels on a pu voir une suppuration de la prostate accompagner de vastes clapiers purulents situés entre la vessie et le rectum et survenus, à titre de complication, à la suite de fractures de la colonne lombaire avec infiltration sanguine sous-péritonéale abondante.

Si j'ai dû faire quelques réserves à propos des faits précédents, il en est tout autrement au sujet des prosta-

(1) Reliquet, *Union médicale*, nos du 26 février et du 5 mars 1878,

(2) Faucon, *Arch. gén. de médecine*, 1877, vol. II, p. 315 et 385. (T. 30 de la 6e série.)

(3) Gellé, *Gaz. des hôpitaux*, 1857, p. 18, 19 et 21.

tites par continuité. Le rôle important de l'uréthrite envisagée successivement comme cause déterminante et prédisposante de la prostatite suppurée nous est déjà connu.

Les prostatites par continuité s'observent chez les malades affectés de rétrécissement de l'urèthre, de blennorrhagie ou de cystite.

Les prostatites par extension d'une inflammation de la muqueuse du col sont tout à fait exceptionnelles et ne s'observent que si la présence de calculs vésicaux ou l'absorption de certains principes, tels que les cantharides, vient ajouter son influence traumatique ou irritante à l'influence propre de la cystite.

Les prostatites développées sous l'influence d'un rétrécissement de l'urèthre ou de la blennorrhagie offrent, au contraire, une fréquence très grande. Sur 98 cas d'abcès de la prostate, relevés à la fin de cette thèse, l'uréthrite est notée 69 fois. On s'explique très bien, d'ailleurs, comment l'inflammation qui existe constamment, en amont des coarctations uréthrales, peut affecter une forme plus aiguë et s'étendre à la prostate. Dans un grand nombre de cas, la prostatite ne reconnaît pas d'autre cause appréciable (j'en donne 23 exemples).

Il est donc très important, ainsi que M. Le Dentu le fait remarquer, d'examiner les malades avec soin « pour ne pas s'exposer à attribuer au rétrécissement seul, la difficulté de miction que déterminerait de son côté le gonflement inflammatoire de la prostate (1). » D'autant que M. Guyon, dans les cas de rétrécissements qu'il

(1) Le Dentu, 2e vol. des *Maladies des voies urinaires*, de Voillemier. Paris, 1880.

a traités. n'a jamais rencontré de rétention d'urine absolue, rebelle au traitement général et local au moyen des bougies, et si, dans « trois cas de rétrécissements infranchissables, il a dû recourir à l'uréthrotomie externe sans conducteur, ce n'est pas tant pour combattre la rétention d'urine que pour obvier à des complications de cystite et de fièvre uréthrale (1) ».

C'est d'une manière tout à fait analogue que des accidents prostatiques peuvent se développer sans provocation aucune, au cours de la blennorrhargie (j'en donne 24 exemples).

L'inflammation, limitée d'abord à la partie antérieure du canal, s'étend peu à peu vers les parties profondes et gagne ainsi la prostate. Les sujets lymphatiques ou dartreux sont particulièrement exposés à ces extensions successives; mais il faut savoir que les injections peuvent ici jouer un rôle capital en transportant mécaniquement le pus, des parties antérieures du canal vers la région prostatique. Cette action spéciale, en vertu de laquelle les injections inoculent le mal à distance, doit être rapprochée de leur influence traumatique signalée plus haut. M. Guyon insiste beaucoup sur ce point.

On sait que les complications prostatiques de la blennorrhagie se présentent sous deux formes : l'une, simple congestion de l'organe, souvent éphémère; l'autre, phlegmasie véritable, pouvant aboutir à la suppuration et entraîner des conséquences désastreuses. Il faut noter, avec M. le professeur Fournier (2), que l'acuité de la

(1) Martin (Éd.). *Thèse*. Paris, 1875.
(2) Fournier, article *Blennorrhagie*, in *Nouveau Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, p. 200.

blennorrhagie ne paraît pas jouer le rôle de cause déterminante. Très souvent, dit-il, la prostatite éclate soit dans le cours d'une chaudepisse d'intensité moyenne ou même assez légère, et cela sans provocation aucune, soit à l'occasion d'un excès. De plus, ce n'est pas à la période d'augment, au début même de l'inflammation uréthrale, que les complications prostatiques se développent. Si parfois on a pu les observer au sixième ou même au cinquième jour de l'écoulement uréthral, il est de règle qu'elles se manifestent au-delà de la première quinzaine au plus tôt et souvent beaucoup plus tard.

Il convient enfin de ranger au nombre des prostatites par propagation certaines inflammations prostatiques ou périprostatiques consécutives à l'introduction immodérée d'instruments dilatateurs, à l'uréthrotomie interne et même aux incisions uréthrales, telles qu'on les pratique, à titre de méthode curative, dans le traitement des rétrécissements du méat, et, à titre d'opération préliminaire, dans la lithotritie.

III. *Prostatites par irritation directe et prostatites par excès de congestion.* — Des circonstances étiologiques nombreuses trouvent ici leur place. Dans un premier groupe, on peut ranger les causes telles que les calculs prostatiques, les cautérisations de la région prostatique avec le nitrate d'argent solide, les injections caustiques, le cathétérisme répété, les bougies et sondes à demeure, l'absorption des cantharides, les excès alcooliques (punch, bière, etc., etc.), l'usage intempestif de certains médicaments, tels que le copahu et le cubèbe, et la présence de corps étrangers dans le rectum. Dans ces différents cas, l'irritation directe de l'organe est sans doute le fait essentiel.

Il existe dans la science des exemples parfaitement authentiques de l'influence que ces causes peuvent avoir sur l'évolution des abcès de la prostate. Parmi ces causes, il en est quelques-unes sur la valeur desquelles les auteurs ne sont pas tous du même avis. Tels sont l'absorption des cantharides, les excès de boissons alcooliques et l'usage intempestif de la médication balsamique.

Thompson n'hésite pas à ranger le copahu et le cubèbe parmi les « circonstances décrites comme causes par un certain nombre d'auteurs, mais au sujet desquelles il n'y a que peu ou point de preuve qu'il en soit ainsi (1) ». Velpeau, au contraire, affirme que l'usage intempestif de ces deux médicaments provoque parfois des prostatites excessivement aiguës. Il est difficile de se prononcer résolument en faveur de l'une ou l'autre de ces deux opinions, car les observations démonstratives font défaut, M. Fournier lui-même ne décide pas, et, ce qu'il faut seulement retenir, c'est que « l'usage prématuré de la médication dite suppressive (2), » envisagé d'une manière générale, est une cause active de prostatite.

J'observerai, à ce propos, qu'il est probablement inexact d'attribuer une influence nocive à la simple causticité des injections. Les injections caustiques localisées, faites suivant la méthode de M. Guyon, et les résultats qu'elles donnent constamment, sont là pour le prouver. M. Guyon a dû recourir à ce mode de traitement sur un nombre considérable de malades et n'a jamais observé la moindre complication inflammatoire consécutive, même

(1) Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, trad. française. Paris, 1874, p. 335.
(2) Fournier, *loc. cit.*, p. 200.

en faisant usage de solutions très concentrées. La nocuité des injections uréthrales reconnaît donc surtout deux causes principales : le traumatisme et l'inoculation à distance.

Quant aux excès alcooliques et à l'absorption des cantharides, Thompson les considère comme des « circonstances qu'on ne peut établir d'une façon absolue comme causes, mais que l'on peut, avec une certaine dose de probabilité, considérer comme telles ». Les réserves du chirurgien anglais ne me paraissent pas légitimes. J.-L. Petit, l'un des premiers, signale l'influence des excès de boisson et rapporte l'histoire d'un homme de 40 ans qui fut pris de rétention d'urine à la suite d'un excès de vin ; quelques jours après, un abcès s'ouvrait dans l'urèthre, à la suite d'un effort de vomissement. Des observations nombreuses sont venues depuis, qui démontrent nettement l'influence des excès alcooliques sur la production des abcès prostatiques, et M. Fournier, par exemple, cite en première ligne les excitations sexuelles et les excès alcooliques parmi les causes susceptibles de réveiller une inflammation uréthrale et de provoquer une phlegmasie prostatique.

La seule réserve que l'on puisse faire, c'est de signaler encore une fois l'état subinflammatoire du canal ou de la prostate comme un intermédiaire obligé entre l'effet et la cause. Mais c'est là, nous le savons, une considération applicable à l'immense majorité des causes de la prostatite.

En ce qui regarde la prostatite cantharidienne, des réserves beaucoup plus sérieuses doivent être faites.

L'action spéciale des cantharides sur les organes génito-

urinaires est bien connue, et cela depuis fort longtemps. Tout le monde se rappelle, en effet, cette observation rapportée par Ambroise Paré, à propos de l'étude qu'il fait des « signes ou accidens d'avoir pris des cantharides par dedans » :

« Un Abbé de moyen aage, estant en ceste ville pour soliciter un procès, solicita pareillement une femme honneste de son mestier, pour deviser une nuict avec elle, si bien que, marché fait, il arriva en sa maison. Elle recueillit Monsieur l'Abbé amiablement, et, le voulant gratifier, luy donna pour sa collation quelque confiture, en laquelle y entroit des cantharides, pour mieux l'inciter au déduit vénérique. Or, quelque tems après, à sçavoir le lendemain, les accidens que j'ay par cy-devant declarez advindrent à Monsieur l'Abbé, et encores plus grands, parce qu'il pissoit et iettoit le sang tout pur par le siege et par la verge. Les Medecins estans appellez, voyans l'Abbé avoir tels accidens, avec erection de verge, cogneurent à le voir qu'il avoit pris des cantharides. Ils luy ordonnèrent des vomitoires et clystères, faits d'orge mondé . . . .
. . . . . . Pareillement luy donna à boire du laict et on luy en fit aussi des iniections en la verge et aux intestins.
. . . .
. . . . . . Mais, pour tous ces remedes faicts selon l'art, Monsieur l'Abbé ne delaissa à mourir avec gangrène de la verge. Et partant ie conseille à telles Dames ne prendre de telles confitures, et moins encore en donner à homme vivant, pour les accidens qui en adviennent (1). »

(1) Amb. Paré, *le vingt-uniesme livre*, chap. xxxv, p. 585 de la 9e édit. Lyon, 1633.

Mais, si l'existence de la cystite cantharidienne ne peut être mise en doute, il est en revanche tout à fait exceptionnel de voir l'inflammation se propager à la prostate dans ce cas particulier, et, pour ma part, je ne connais qu'une seule observation d'abcès de la prostate consécutif à une cystite cantharidienne. Il faut même reconnaître que, chez le malade auquel je fais allusion (*voir obs. XIX*), on ne peut s'empêcher d'émettre quelques doutes sur l'interprétation des accidents et sur leur filiation. En tous cas, je pense qu'on aura tout avantage, en présence de symptômes inflammatoires développés du côté de la prostate, à se remettre en mémoire les malheurs de « l'Abbé de moyen aage » et à repousser toute méthode thérapeutique dans laquelle les cantharides tiendraient une place quelconque.

Il me reste à envisager une deuxième série de causes, constituée par toutes les circonstances susceptibles de déterminer un excès de congestion du côté de la région prostatique, telles que les excitations sexuelles : coït, masturbation, pollution nocturne. Les fatigues de toutes sortes, la marche exagérée, la superpurgation, la constipation excessive, les habitudes sédentaires, l'hypertrophie prostatique, l'état variqueux des veines du rectum, appartiennent à ce dernier groupe étiologique.

Le fait de s'asseoir devant un feu ardent, les jambes écartées, constitue une circonstance de même ordre, et Verdier (1) avait remarqué que certains hommes, ayant contracté une ou plusieurs chaudepisses, ne pouvaient

(1) Verdier. Le Vigan, 1837.

affecter cette attitude sans éprouver une sensation de pesanteur prostatique fort gênante.

La congestion permanente que ces différentes causes provoquent ou entretiennent du côté de l'appareil génito-urinaire constitue, à l'égard des phlegmasies prostatiques, une prédisposition très réelle.

Beaucoup d'auteurs ont d'ailleurs insisté sur le rôle étiologique de la congestion veineuse dans le développement des inflammations ou des engorgements de la prostate, et l'on ne saurait oublier que Mercier (1), l'un des premiers, a entrevu les analogies qui peuvent exister entre l'hypertrophie prostatique et les cirrhoses du foie. Les atrophies consécutives à l'inflammation de la prostate et les progrès de l'anatomie pathologique donnent à ce rapprochement beaucoup de valeur.

Les phénomènes congestifs auxquels je fais allusion sont d'autant plus à redouter que plusieurs causes se trouvent, le plus souvent, réunies pour les produire : habitudes sédentaires, érections fréquentes et usage abusif du café, par exemple. Mais il faut noter que la plupart de ces causes sont incapables de jouer par elles-mêmes le rôle de causes déterminantes. Un excès de marche (2) ou de danse, les efforts de défécation résultant d'une

(1) Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux considérés spécialement chez les hommes âgés*, Paris, 1841, p. 223 à 234.

(2) Tout récemment, M. Guyon a observé un phlegmon périprostatique développé sans cause appréciable sur un homme de 40 ans. Le malade n'offrait pas trace d'affection uréthro-prostatique antérieure. Des amygdalites à répétition, survenues dans son enfance, constituaient tous ses antécédents pathologiques. Le phlegmon s'était développé spontanément. Peut-être les courses en voiture répétées et quotidiennes, imposées au malade par ses occupations, ont-elles joué ici un rôle étiologique. En tous cas, il n'y a pas eu suppuration.

constipation prolongée, peuvent, il est vrai, favoriser le développement d'une phlegmasie prostatique au cours d'une blennorrhagie, mais le fait est probablement rare et, de toutes ces causes, la seule à laquelle il faille accorder un rôle étiologique réel, c'est la surexcitation sexuelle.

Je ne suivrai certainement pas Bosquillon (1) dans ses dissertations sur les désavantages comparés de la masturbation et du coït. Mais, ce qu'il importe d'établir très nettement, c'est que les excès de coït et les excès de masturbation ont une influence étiologique capitale sur la production des prostatites suppurées.

Ce n'est pas avec une « certaine dose de probabilité », comme le dit Thompson (2), mais avec l'appui d'observations parfaitement concluantes, que l'on est amené à cette conviction. L'observation que M. Tillaux a bien voulu me communiquer en donne un bel exemple (*obs.* XXX).

D'ailleurs, tous les cliniciens français partagent cette manière de voir, et M. le professeur A. Fournier (3) dit fort bien, en parlant des complications de la blennorrhagie, que si les accidents prostatiques se développent parfois sans provocation aucune et par le seul fait de l'existence d'une chaudepisse, il est plus habituel qu'ils se manifestent à l'occasion d'excitations accidentelles de l'urèthre, parmi lesquels il convient de placer en première

(1) Bosquillon, *Add. à la traduction du traité de B. Bell.* Paris, 1802, p. 155.

(2) Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires,* traduct. française. Paris, 1874, p. 335.

(3) Fournier, art. *Blennorrhagie* in *Nouveau Dict. de médec. et de chirurg. pratiques.* Paris, 1866.

ligue les excitations sexuelles (coït, masturbation, pollutions accidentelles).

Les détails spéciaux qui précèdent me paraissent légitimer les considérations générales placées au début de ce chapitre. Ils sont indispensables à la connaissance complète des causes de la prostatite; mais je ne terminerai pas sans insister une dernière fois sur le rôle étiologique de l'uréthrite. Tantôt, l'abcès prostatique lui succède à titre de complication spontanée; tantôt, il se développe sous l'influence d'une provocation accidentelle. Ce sont alors des excès génésiques, des excès de boissons, des manœuvres de cathétérisme, qu'il faut généralement incriminer. Mais, qu'il y ait à compter ou non avec l'intervention d'une cause occasionnelle, l'existence antérieure d'un état inflammatoire ou subinflammatoire de la muqueuse uréthrale reste la règle, ou à peu près, et, pour résumer l'étiologie des suppurations prostatiques, on pourrait dire, sans craindre de trop exagérer, qu'il n'y a pas de prostatite sans uréthrite préalable.

Tout ce que nous savons des causes des abcès prostatiques proprement dits est applicable aux abcès dits périprostatiques. Pour les uns comme pour les autres, « la part la plus large dans l'étiologie revient aux rétrécissements de l'urèthre, à la blennorrhagie, aux calculs vésicaux ou prostatiques et à l'emploi des divers moyens thérapeutiques usités dans le traitement des affections du canal et de la vessie » (1). J'appellerai seulement l'attention sur un fait, à mon avis très important : c'est que la prostatite phlegmoneuse diffuse et les suppurations

(1) Le Dentu, 2e vol. des *Maladies des voies urinaires*, de Voillemier. Paris, 1880.

périprostatiques sont manifestement plus fréquentes que les suppurations intra-prostatiques proprement dites, toutes les fois que la formation du pus reconnaît pour cause une manœuvre opératoire ou toute autre circonstance capable d'offenser directement la muqueuse uréthro-prostatique.

CHAPITRE III

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Lorsqu'on examine une prostate envahie par la suppuration, les lésions se présentent sous trois aspects principaux.

Dans une première série de cas, on constate les altérations d'une simple adénite, d'une prostatite catarrhale. Les glandes sont dilatées, et leurs orifices élargis laissent sourdre, à la pression, une quantité plus ou moins considérable de gouttelettes purulentes (1).

Ailleurs, le parenchyme est encore parsemé de petits

(1) Le liquide ainsi obtenu par l'expression d'une prostate supposée malade doit toujours être examiné avec le plus grand soin, si l'on veut éviter toute cause d'erreur dans son diagnostic anatomo-pathologique. La composition et surtout la coloration physiologique du liquide prostatique normal peuvent, en effet, donner le change et faire croire à l'existence de lésions suppuratives, alors que le tissu glandulaire est absolument sain. Ce fait a été mis en lumière par M. le professeur Robin : « Lorsqu'on vient, dit-il, à prendre sur le cadavre les vésicules séminales et la prostate et qu'on les comprime, de manière à faire sortir du sperme par les canaux déférents et du liquide prostatique par les canaux correspondants, on distingue de suite ces deux liquides : le sperme se fait remarquer par sa coloration d'un gris brunâtre et le liquide prostatique par sa coloration et sa consistance crémeuse ou une teinte légèrement jaunâtre, *analogue à celle du pus*. Cette dernière particularité est assez importante ; car j'ai vu des cas dans lesquels on a pris ce liquide sortant normalement de la prostate, après la compression pendant l'autopsie, *pour du pus dû à une prostatite*... Or cette coloration n'est produite que par des granulations principalement graisseuses et non par des leucocytes. » (*Leçons sur les humeurs*, 2e édit. 1874, p. 446.)

abcès isolés qui parfois se comptent par centaines (Velpeau). Mais ici la sécrétion purulente siège autour ou dans l'interstice des grains glanduleux, et ceux-ci, gorgés d'un liquide puriforme, ressemblent à « des canaux qu'on aurait injectés avec de la cire ».

Enfin, dans un troisième groupe de faits, on observe la destruction d'une partie ou de la totalité de la glande et la formation d'une sorte de caverne creusée en plein tissu prostatique.

Tels sont les différents caractères anatomo-pathologiques de la prostatite suppurée, tels que la simple observation nécropsique permet de les reconnaître et tels qu'ils ont été décrits par Lallemand et Velpeau.

Les premiers stades de la prostatite sont moins connus; les autopsies sont en effet exceptionnelles à cette période et les examens histologiques font défaut. Voillemier et M. Thompson sont les seuls chirurgiens qui aient décrit avec quelque précision les lésions initiales de la prostatite.

Dans le cas observé par M. Thompson, l'organe tuméfié et volumineux paraissait tendu et dur à la pression, les plexus veineux étaient gorgés de sang, la muqueuse uréthrale participait un peu à cette congestion générale et le parenchyme présentait, à la coupe, une coloration rouge accentuée. La pression des doigts faisait sourdre un fluide rougeâtre assez trouble, « mélangé de lymphe épanchée et de sérum, de sang venant des capillaires engorgés, de liquide prostatique et d'une très petite quantité de pus » (1).

(1) Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, traduct. franç. Paris, 1874, p. 336.

Les lésions de la période inflammatoire se sont aussi montrées sous une forme intéressante, sur le malade de Voillemier. Voici les détails de l'autopsie publiée par M. Le Dentu (1) : « Un homme, atteint de blennorrhagie et de prostatite, succomba à une pneumonie double (Lariboisière). La muqueuse de l'urèthre était enflammée dans toute son étendue, mais surtout dans sa moitié postérieure. Les lobes latéraux de la prostate formaient deux tumeurs allongées, très proéminentes vers le canal, un peu irrégulières, mamelonnées et recouvertes d'une muqueuse fortement injectée. Celle du côté gauche avait 45 millimètres de long et 23 millimètres de large dans son milieu. Elle présentait une douzaine de bosselures dont quelques-unes, très petites, assez régulièrement arrondies ou ovalaires, de volume variable, dont la plus forte mesurait 8 millimètres de diamètre. Celle du côté droit, plus régulière, avait 54 millimètres de long et 22 millimètres dans sa plus grande largeur. Ses bosselures, difficiles à compter, étaient à peu près en même nombre que celles de l'autre lobe, mais les principales occupaient la partie antérieure de l'organe. Les deux lobes faisaient, du côté de la vessie, une saillie de 1 centimètre au moins. A partir du verumontanum jusqu'au col de la vessie, l'urèthre était dévié; à gauche; cette déviation était produite par les deux petits lobes prostatiques, notés par Morgagni et très bien décrits par Jarjavay, qui siègent, en arrière, sur le col vésical. Arrondis, saillants, ces deux lobes avaient, chacun, 1 centimètre de diamètre et formaient deux petites tumeurs indépendantes l'une

(1) Le Dentu, 2e vol. des *Mal. des voies urinaires*, de Voillemier. Paris, 1880.

de l'autre, ainsi que du lobe droit de la prostate, mais déjetées vers ce dernier et accolées à son extrémité postérieure. La muqueuse, qui les recouvrait, était tiraillée et présentait des plis antéro-postérieurs légèrement obliques de dehors en dedans. La membrane muqueuse de la vessie était légèrement injectée près du col. En arrière, du côté du rectum, la prostate formait deux tumeurs allongées, du volume d'une noix, dont l'une, celle de droite, était un peu plus volumineuse que l'autre. »

M. Le Dentu fait remarquer que, dans ce cas, la phlegmasie avait certainement débuté par les lobules, mais la tuméfaction générale de l'organe et son changement de forme indiquaient aussi qu'elle avait déjà franchi les limites du tissu glandulaire.

Ces deux autopsies offrent un grand intérêt et font connaître les caractères anatomo-pathologiques fondamentaux de la prostatite aiguë à son début : augmentation de volume générale ou partielle de l'organe avec ou sans lobulations de sa surface, congestion du parenchyme, altérations inflammatoires de la muqueuse.

L'évolution ultérieure du processus est, à son tour, bien connue dans ses différentes modalités : résolution, passage à l'état chronique et suppuration. Mais en définitive, la question du point de départ réel de la phlegmasie reste à déterminer.

Velpeau comparait le mécanisme des inflammations de la prostate à celui des inflammations de la parotide, de la mamelle ou des ganglions lymphatiques. Les unes, disait-il, « ont pour racines le tissu sécréteur et les canaux excréteurs... D'autres fois, l'inflammation débute par les filaments qui forment la trame de la glande et n'arrive

ainsi aux granulations proprement dites que secondairement. Il est possible que la phlegmasie commence par la face interne de la capsule fibreuse et qu'elle ne pénètre que consécutivement dans le parenchyme même de l'organe; on conçoit enfin que l'inflammation ait pour point de départ l'intervalle des lames aponévrotiques qui entourent ou qui avoisinent, soit le bas-fond et le col de la vessie, soit la portion membraneuse, et qu'elle se communique de là à la glande prostate (1). »

La plupart des auteurs qui ont écrit depuis sur l'anatomie pathologique des inflammations prostatiques ont reproduit les divisions de Velpeau et décrit, pour le moins, trois formes de prostatite : la prostatite muqueuse, la prostatite glanduleuse et la prostatite parenchymateuse.

En présence d'un organe quelconque, on peut évidemment dissocier ses éléments constitutifs par la pensée et considérer chacun d'eux comme susceptible de devenir le point de départ d'un processus inflammatoire; mais, lorsqu'on pousse aussi loin l'analyse, les distinctions deviennent purement arbitraires et sont, à coup sûr, dépourvues de toute valeur clinique.

L'inflammation, envisagée d'une manière générale, doit être considérée comme un ensemble de phénomènes propres au tissu vasculaire et reconnaissant pour cause première, constante et caractéristique, un trouble de la circulation (Ch. Robin).

Ce phénomène de fluxion suffit à caractériser l'inflammation, puisqu'il en est la condition pathogénique essentielle; mais, après lui, et comme phénomène consécutif, on

(1) Velpeau, article *Prostate* in *Dict. en* 30 *vol.* Paris, 1842.

voit survenir tout un ensemble de phénomènes cellulaires, qui sont « relatifs à une participation plus ou moins active des éléments extra-vasculaires préexistants (1) » (multiplications et néo-formations) et dont il faut tenir compte.

Dans ces derniers temps, les Allemands, se fondant sur les données de l'embryogénie, ont cru pouvoir décréter l'indépendance absolue de ces deux ordres de phénomènes, de telle sorte qu'il faudrait distinguer les inflammations, quelles qu'elles soient, en circulatoires et en cellulaires. Les trois feuillets du blastoderme conserveraient ainsi leur individualité, jusque dans les faits pathologiques de toute la durée de l'existence, le feuillet moyen ou mésoblaste présidant aux inflammations circulatoires, et les feuillets internes et externes présidant aux proliférations épithéliales ou épidermiques.

Ces différentes hypothèses ont été soumises aux exigences d'une analyse vraiment scientifique par M. le professeur Charcot, et le point de vue particulier auquel il a dû se placer, pour mener à bien ce travail de contrôle, nous intéresse directement.

Envisageant d'une manière spéciale l'évolution des phénomènes cellulaires de l'inflammation, au sein d'un parenchyme glandulaire quelconque, M. Charcot s'est surtout attaché à résoudre les questions suivantes : « L'épithélium est-il affecté en premier lieu et les lésions dont il souffre se communiquent-elles secondairement aux tissus sous-jacents ; ou bien l'altération de la gangue conjonctive précède-t-elle, au contraire, celle dont l'épithélium est le siège ; ou bien, enfin, les deux éléments

(1) Charcot, *Progrès méd.*, 1877, p. 800.

anatomo-pathologiques sont-ils contemporains et faut-il leur accorder la même valeur pathogénique (1)? »

C'est en reproduisant artificiellement (ligature du canal cholédoque, etc.) les inflammations glandulaires qui résultent de l'oblitération des canaux excréteurs (calculs salivaires, calculs biliaires, pyélo-néphrite par l'obstruction uréthrale, etc.), que M. Charcot a pu acquérir la conviction que, dans ces phlegmasies à la fois épithéliales et interstitielles, la lésion du tissu épithélial est la première en date. Il a de plus constaté que ces lésions interstitielles secondaires peuvent affecter très rapidement le caractère suppuratif. Des abcès miliaires se forment alors en grand nombre autour des vaisseaux et peuvent, en se rassemblant, donner lieu plus tard à une collection purulente plus volumineuse.

Or, pour moi, les choses ne se passent pas autrement dans l'inflammation prostatique, et l'histoire des phlegmasies de cette glande vient, en définitive, confirmer une fois de plus les conclusions générales de M. le professeur Charcot.

L'analyse des observations nécropsiques de Lallemand suffirait à le démontrer. On trouve, en effet, dans son ouvrage sur les pertes séminales (2), une série d'autopsies qui permettent de suivre nettement la propagation au tissu cellulaire ambiant, de l'inflammation des follicules muqueux, qui sont alors « gorgés d'un liquide visqueux, puriforme, et ressemblent à des canaux qu'on aurait injectés avec de la cire ».

(1) Charcot, *Des cirrhoses viscérales épithéliales en général.* Progrès médical, 1878.

(2) Lallemand, *Des pertes séminales involontaires.* Paris, 1836 à 1842.

De son côté, Velpeau nous a laissé quelques documents très démonstratifs; ainsi, à l'autopsie d'un homme mort dans le service de J. Cloquet, à la suite d'une inflammation de la prostate et du col de la vessie, « on trouva l'encéphale et les viscères thoraciques dans l'état sain... le canal de l'urèthre était dans l'état normal jusqu'à sa portion membraneuse; mais, à partir de là, sa membrane muqueuse était épaissie et offrait des traces incontestables d'inflammation, qui allaient en augmentant jusqu'à la base du trigone vésical, pour disparaître ensuite insensiblement dans le corps de la vessie. La prostate était aussi grosse qu'un œuf de poule et renfermait une grande quantité de pus qui se trouvait infiltré dans son parenchyme et non rassemblé en foyer : c'est-à-dire que ce pus se présentait sous la forme de petits grains disséminés, au nombre de plusieurs centaines, *autour ou dans l'interstice* des granulations de l'organe. De telle sorte même que, si ces grains fussent passés à l'état concret, la prostate n'eût pas manqué de paraître criblée de tubercules (1).»

Cette dernière autopsie faite par Velpeau est particulièrement concluante. Mais il m'est possible de fournir, à l'appui des idées que je cherche à défendre, une preuve plus décisive encore : c'est leur démonstration histologique.

J'ai recueilli, en septembre 1879, la prostate d'un homme de 47 ans, mort de broncho-pneumonie double à l'hôpital Necker. Ce malade était soumis à la dilatation pour un rétrécissement bulbaire très serré, et,

(1) VELPEAU, *Arch. gén. de médecine*, 5e année, t. XIV, p. 500. Paris, 1827.

quelques jours avant sa mort, il avait présenté des symptômes de prostatite aiguë. Mon ami M. Brissaud a bien voulu faire l'examen histologique de la pièce. La prostate, durcie par fragments dans l'alcool et la gomme, a été sectionnée dans le sens perpendiculaire à l'axe de l'urèthre. Les coupes, colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine, lui ont permis de constater ce qui suit :

Les tubes glandulaires (Pl. I, fig. 2, *a*) en très grand nombre, dirigés parallèlement les uns aux autres, sont le siège d'une inflammation d'intensité variable, suivant les points. La paroi interne de ceux qui sont le plus altérés se confond avec le tissu musculaire de la glande, par une formation plus ou moins confluente de noyaux inflammatoires, formant des traînées vivement colorées par le carmin et interposées aux éléments musculaires; mais, ce qu'il faut signaler surtout à ce point de vue, c'est l'inégalité du processus inflammatoire. Il se concentre par place sur certains groupes de canaux, tandis qu'il épargne absolument des groupes voisins. Dans cette partie de la glande, il n'y a pas de suppuration.

Dans la partie périphérique, c'est-à-dire dans la région des culs-de-sac, on observe des altérations analogues, quoique beaucoup plus prononcées, et, là encore, on reconnaît que certains groupes de culs-de-sac sont restés sains, alors que d'autres, tout à fait contigus, mitoyens, ont subi des modifications profondes. La paroi épithéliale (Pl. I, fig. 2 et 3 *b, b*), représentée à l'état normal par une couche de cellules emboîtées les unes avec les autres, est ici remplacée par une agglomération considérable d'éléments jeunes, très fortement colorés par le réactif et

dont la masse remplit quelquefois tout le cul-de-sac glandulaire; sur certains points, même, cette prolifération intra-glandulaire a subi une transformation régressive qui ne permet plus de reconnaître, dans le détritus intra-glandulaire, aucun élément à configuration précise. (Désintégration cellulaire, au milieu de laquelle on distingue quelques globules de pus.)

Ces lésions des culs-de-sac dans la région périphérique de la prostate, ne sont pas les seules qu'on observe. Dans le tissu interglandulaire, formé de fibres musculaires enchevêtrées en tous sens, on constate une néoplasie nucléaire des plus abondante, infiltrée au pourtour des culs-de-sac. Sur certains points (Pl. I, fig. 3 *c*), le processus présente une intensité très remarquable, et cependant les vaisseaux sanguins artériels ou veineux sont rares. Par place, cette multiplication nucléaire interglandulaire s'est terminée de la même façon que dans l'intérieur même des culs-de-sac, et l'on peut ainsi assister à la formation de petits abcès miliaires disséminés dans le tissu charnu de la glande. Quelques préparations font voir la communication de plusieurs de ces abcès interglandulaires avec la cavité des culs-de-sac (Pl. I, fig. 3 *d*).

La marche du processus inflammatoire est, on peut le voir, aussi nette que possible dans ce cas particulier, et je n'insisterai pas davantage.

L'importance de la lésion glandulaire, bien mise en lumière autrefois par Lallemand, négligée depuis, est en résumé primordiale, à mon avis. Il ne faut pas seulement, comme l'ont fait tous les auteurs depuis Lallemand et Velpeau, lui donner une place dans l'énumération des diverses localisations primitives de la prostatite; il faut

la considérer comme le point de départ habituel, et pour ainsi dire constant, de toutes les phlegmasies de la glande.

Nous savons déjà que presque toutes les prostatites reconnaissent pour cause première un état inflammatoire du conduit uréthral, et, si l'on ajoute à la notion de propagation par continuité, bien connue de tous, la notion de propagation à distance, telle que l'avait entrevue Velpeau et telle que je cherche à la caractériser, en la rapprochant des inflammations glandulaires consécutives à l'oblitération (1) de leurs conduits excréteurs, on arrive à cette conviction logique, que la prostatite glandulaire domine absolument l'histoire des phlegmasies prostatiques.

Ainsi, abstraction faite des circonstances où la filiation pathologique est évidente, je pense qu'un abcès de la prostate étant donné, il faut encore attribuer sa formation, dans presque tous les cas, à la coalescence de plusieurs foyers développés dans le tissu prostatique interstitiel, sous l'influence d'une lésion primitive de l'élément sécréteur.

Cette assertion n'a toutefois rien d'absolu, et c'est une simple question de fréquence que je cherche à faire prévaloir. On ne saurait, en effet, contester la possibilité d'une lésion interstitielle primitive. Les suppurations

(1) On sait, à ce propos, que, pour M. le professeur Robin, « on n'a jamais constaté jusqu'à présent les caractères propres au liquide prostatique dans un écoulement quelconque de l'urèthre. Toutes les humeurs qui en sortent dans les affections décrites sous les noms de prostatite chronique, de prostatorrhée, écoulements uréthraux prostatiques, ont ou bien les caractères du mucus uréthral devenu purulent, ou ceux du liquide des glandes de Méry, purulent ou non. » Ch. Robin, *Leçons sur les humeurs*, 2e édit. Paris, 1874, p. 445.

prostatiques qui succèdent à une plaie directe de l'organe, ou qui se développent sous l'influence de l'infection purulente par exemple, sont là pour le démontrer.

En dernière analyse, les analogies établies par Velpeau se trouvent confirmées, et, de même qu'il y a lieu d'admettre une parotidite catarrhale et une parotidite phlegmoneuse (Duplay), il faut aussi distinguer deux formes de prostatite :

1° La prostatite glanduleuse ou catarrhale, caractérisée par la réplétion inflammatoire des éléments glandulaires;

2° La prostatite phlegmoneuse interstitielle, presque toujours consécutive à la précédente, plus rarement primitive, et constituant l'origine vraie des abcès chauds de la prostate.

Le *nombre* et le *volume* des abcès de la prostate est variable. Lallemand en a compté jusqu'à 30, et l'on peut, en somme, observer tous les intermédiaires depuis ces petits abcès miliaires qui viennent farcir la glande jusqu'à ces collections excessives qui détruisent la totalité du tissu glandulaire et convertissent en un foyer unique la loge prostatique.

Le pus qu'ils renferment est en général visqueux, collant et très souvent mélangé de sang.

Leur *siège,* pour ainsi dire constant, est au niveau des lobes latéraux de la prostate; tantôt l'abcès y est d'emblée cortical, tantôt il se collecte au centre même du parenchyme; ailleurs enfin il se montre au-dessous de la muqueuse uréthrale et rappelle les abcès péri-uréthraux qui se développent sur d'autres points du canal.

Il est tout à fait exceptionnel de voir la collection purulente siéger dans la bande prostatique pré-uréthrale.

Cette localisation singulière a été observée une seule fois, par M. Heath (1), sur un malade mort de péritonite. L'abcès siégeait au niveau de la paroi supérieure de l'urèthre, à l'entrée de la région prostatique, et ne communiquait pas avec le canal. Son évolution lente avait donné lieu pendant la vie « aux symptômes cliniques et aux complications d'un rétrécissement organique de l'urèthre ».

Ce fait unique n'a d'autre intérêt que celui de la curiosité. La portion de tissu prostatique qui entoure l'urèthre en avant n'a pas plus d'importance ici que dans les autres chapitres de l'histoire anatomo-pathologique de la prostate, et l'on peut dire, avec M. le professeur Guyon, qu'au point de vue chirurgical, il n'y a pas de prostate en avant de l'urèthre.

La *forme* des abcès de la prostate n'est généralement pas régulière; leurs cavités, presque toujours anfractueuses, rappellent beaucoup les cavernes tuberculeuses, et l'analogie se complète encore par la présence de brides celluleuses qui traversent la cavité purulente. Cette disposition était très nette dans un cas observé par M. Guyon (*voy. obs. VI*). Dans les abcès ainsi creusés en loges inégales, il est évidemment rationnel d'admettre la fusion de plusieurs foyers primitivement distincts.

La collection purulente communique presque toujours avec l'urèthre, et les dimensions de l'orifice sont, comme l'observe M. Le Dentu, généralement proportionnées à celles du foyer. Dans certains cas, cependant, on a pu voir la muqueuse uréthrale, parsemée de petits pertuis,

(1) Heath, *Med. Tim. and Gazette*, t. II, p. 463, oct. 1873.

recouvrir une cavité prostatique unique et rappeler « la disposition de la lame criblée de l'ethmoïde ». Ailleurs, l'urèthre prostatique reste intact et se laisse disséquer par la suppuration. Cette dernière disposition était très nette sur un malade mort dans le service de M. Guyon. « La prostate était, en effet, le siège d'une excavation considérable qui entourait de toutes parts l'urèthre prostatique, de telle sorte que celui-ci, indemne, conservait sa forme tubulée au milieu du pus qui le baignait de tous côtés. » (Voy. Pl. III.)

Les canaux éjaculateurs peuvent offrir un certain nombre de lésions, qui ont été décrites, pour la première fois, par Lallemand et dont l'examen est trop souvent négligé dans les autopsies. L'orifice uréthral de ces canaux peut être dilaté et ulcéré. La muqueuse qui les tapisse s'est montrée rouge, tomenteuse et recouverte de petites ulcérations. Ils sont parfois comme disséqués et baignent au milieu du pus. Enfin, on les a vu complètement détruits. Ces dernières lésions étaient très visibles dans un cas relaté par M. Thompson (1). L'abcès assez volumineux contenait 20 grammes de pus. « Il avait détruit la muqueuse de l'urèthre en s'ouvrant à la partie supérieure, par un orifice du diamètre d'un florin... Le canal éjaculateur du côté droit traverse la poche; il est comme disséqué dans tout son trajet; il est dilaté, il admet aisément la sonde n° 9 (n° 19, filière française), jusqu'au point où il quitte la prostate pour s'ouvrir dans la cavité d'un abcès. Le canal éjaculateur du côté gauche a disparu; mais l'ouverture par laquelle il pénètre dans l'urèthre a

(1) Thompson, *loc. cit.*, p. 350.

persisté... » Le canal éjaculateur du côté droit conduisait dans un abcès situé en arrière de la vessie et au-dessus de la base de la prostate. M. Thompson pense que cette collection purulente s'était développée « dans le canal déférent du côté droit ».

Il n'est pas rare, de trouver du pus dans les vésicules séminales. Le fait est noté est dans un assez grand nombre d'autopsies.

Lorsque la collection purulente se trouve en contact avec la capsule, celle-ci devient presque toujours le siège d'altérations irritatives. Elle s'épaissit alors, se recouvre d'exsudats, et peut servir de barrière au pus qui, d'ailleurs, trouve le plus souvent issue du côté de l'urèthre. Mais, alors même que cette communication uréthrale existe, il est très fréquent de voir la suppuration franchir les limites de la loge aponévrotique et produire un véritable phlegmon par diffusion autour de la prostate. Dans les cas de ce genre, le pus, emprisonné derrière la glande, bridé par des plans aponévrotiques plus ou moins résistants, ne peut se frayer une issue qu'au prix de dégâts souvent considérables. L'ouverture rectale de ces collections purulentes est heureusement fréquente et vient permettre la guérison. Mais, souvent aussi, le pus fuse au loin, envahit de proche en proche les plans celluleux qui avoisinent la région et laisse après lui des trajets fistuleux intarissables ou des suppurations étendues qui épuisent et tuent les malades.

Je me borne actuellement à cette simple mention des diverses directions vers lesquelles peut tendre le développement de la suppuration, et je reviendrai mieux sur ce point important, à propos de la marche de

la maladie. Mais je suis naturellement conduit à étudier ici certains faits relatifs à la pathogénie des suppurations décrites sous le nom d'abcès périprostatiques.

Ces abcès envahissent le tissu cellulaire, lâche et dépourvu de graisse (1), qui recouvre la face postérieure de la prostate. Ceci revient à dire qu'ils envahissent l'espace celluleux qui sépare le rectum de l'aponévrose prostato-péritonéale. La portion prostatique de la lame musculaire, décrite sous le nom d'aponévrose prostato-péritonéale, adhère intimement au tissu prostatique. Cette autre lame épaisse, dite aponévrose latérale et constituée par des faisceaux de fibres musculaires lisses dans l'interstice desquelles cheminent des canaux veineux, affecte, à son tour, les connexions les plus étroites avec le parenchyme prostatique. Il en résulte que, en arrière, en bas et sur les côtés, la loge dite aponévrotique de la prostate constitue, en réalité, l'enveloppe même de la glande, sans qu'il y ait interposition de tissu cellulaire entre les parois de la loge et l'organe contenu. On voit donc que le tissu cellulaire rétro-prostatique n'est autre que le tissu cellulaire interposé au rectum et à l'aponévrose prostato-péritonéale.

Les abcès périprostatiques peuvent s'observer au milieu de circonstances pathogéniques très-variées et succéder, par exemple, à l'inflammation d'un organe voisin, tel que le rectum, la vessie ou les vésicules séminales. Les faits de ce genre offrent même un très grand intérêt, et, tout récemment, leur importance était mise à l'ordre du

(1) Mercier, *Gaz. hebd.*, 1857, p. 214.

jour par quelques travaux, au nombre desquels je signalerai surtout le mémoire de M. Faucon (1) et la note lue à la Société de médecine de Paris, le 9 février 1878, par M. Reliquet. Mais l'histoire complète des suppurations qui se font près de la prostate serait ici déplacée. Leur étude spéciale est, en fait, aussi étrangère à notre sujet que celle du phlegmon de la fosse iliaque peut l'être à celle du phlegmon péri-utérin, et nous avons surtout en vue les collections purulentes qui se développent derrière la prostate et reconnaissent une origine uréthro-prostatique.

Ces abcès ont été signalés pour la première fois par Civiale (*Gaz. des hôp.*, 1842). D. Desprès en a observé plusieurs à l'hospice de Bicêtre. Phillips leur a consacré vingt lignes dans son *Traité des maladies des voies urinaires* (1860) ; mais c'est à Demarquay que revient le mérite de les avoir étudiés le premier avec quelque précision (*Union méd.* 1862). Depuis lors, ils n'ont été l'objet d'aucune recherche spéciale. M. Le Dentu se contente de les mentionner et pense que le sujet ne « valait peut-être pas l'importance qu'on lui a donnée, attendu que, dans la plupart des cas, l'abcès périprostatique n'est que l'extension au tissu conjonctif voisin de la suppuration née dans la prostate, mais sortie de ses limites, de même que, dans les inflammations suppurées des glandes lymphatiques, il se développe un abcès autour de ces dernières, alors que le pus a franchi les limites que lui opposait leur paroi celluleuse. L'abcès périprostatique

(1) Faucon, *De la péritonite et du phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique.* Arch. génér. de méd., 1877, vol. II, p. 385 et 345 (6e série, t. XXX).

est donc à la prostatite suppurée ce que l'adéno-phlegmon est à l'adénite (1). »

Ces réflexions de M. Le Dentu sont justes. Dans les cas auxquels il fait allusion, l'interprétation est en effet des plus simples : il s'agit d'une propagation banale, d'une migration purulente sans caractère particulier, et la suppuration périprostatique n'est qu'une phase isolée dans la marche générale d'une suppuration prostatique.

Mais je ne crois pas qu'il faille admettre avec M. Le Dentu que l'importance de ces propagations a été exagérée. Le phlegmon périprostatique par diffusion constitue en effet, pour les sujets atteints de prostatite, une complication dont j'ai déjà fait pressentir la gravité parfois extrême, et mérite à ce titre toute l'attention du clinicien.

Du reste, l'histoire des abcès périprostatiques ne se borne pas là ; il faut tenir compte aussi de ces cas assez fréquents où la lésion périprostatique représente le foyer principal, indépendant et souvent unique, de l'inflammation suppurative.

La prostate est ici presque toujours plus ou moins enflammée ; elle est encore, par son parenchyme ou sa muqueuse, le point de départ de la propagation ; mais elle ne présente pas trace de suppuration, et le tissu cellulaire suppure à côté d'elle, comme le tissu cellulaire des ligaments larges suppure à côté de l'utérus. Il s'agit, en un mot, de ce que l'on peut appeler le phlegmon périprostatique d'emblée, par opposition au phlegmon par diffusion dont je parlais il y a un instant.

(1) Le Dentu, 2e vol. des *Maladies des voies urinaires*, de Voillemier Paris, 1880.

Les faits de ce genre sont peu connus et méritent certainement d'être étudiés de plus près qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Dans ce chapitre, j'aborderai seulement leur histoire pathogénique.

Nous manquons, il est vrai, de documents précis, et les conclusions rigoureuses sont difficiles; mais, à défaut d'autopsies suffisamment démonstratives, nous avons, pour nous guider, les enseignements de la clinique et les faits de l'anatomie normale.

La région périprostatique et la région péri-utérine sont, en réalité, deux régions similaires : des deux côtés, mêmes caractères généraux du tissu cellulaire, même richesse veineuse, même développement des vaisseaux lymphatiques.

On sait, en effet, depuis les travaux de M. le professeur Sappey (1), que « les vaisseaux lymphatiques de la prostate sont extrêmement nombreux ». Nés des granulations de la glande, ils viennent recouvrir sa face postérieure de leurs anastomoses multipliées, communiquent au niveau de sa base avec les lymphatiques qui viennent des vésiçules séminales et forment ainsi un riche plexus qui occupe toute la hauteur de cet espace celluleux, limité en haut par le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal, et fermé en bas par la partie postérieure du ligament de Carcassonne.

Les phlegmons qui naissent au niveau de ces deux régions ont, à leur tour, bien des points de contact. Ne voit-on pas, en effet, la production du phlegmon péri-utérin et du phlegmon périprostatique réclamer toujours de la part de l'utérus ou de la prostate un certain « état

(1) Sappey, *Recherches sur la conformation extérieure et la structure de l'urèthre de l'homme.* Paris, 1854.

d'hyperémie congestive (1) », de métrite ou de prostatite qui, spontanément ou sous l'influence de circonstances occasionnelles diverses, de certains traumatismes, pourra s'exaspérer et provoquer la phlegmasie du tissu cellulaire environnant?

Je me suis tout au moins efforcé de mettre ces différents points en lumière dans l'étiologie, en insistant sur l'importance pathogénique de l'état subinflammatoire de la prostate et sur la fréquence significative de la périprostatite, toutes les fois que les phénomènes phlegmasiques succèdent à un traumatisme de la muqueuse uréthro-prostatique. Plus tard, nous retrouverons dans l'étude des symptômes, nombre de faits qui militent dans le même sens, et M. Reliquet a pu dire, avec beaucoup d'à-propos, en rapportant à la Société de médecine un cas fort intéressant de périprostatite, qu'il avait « eu affaire à un véritable phlegmon du ligament large (2) ».

Les analogies que l'anatomie générale établit, en se basant sur le principe des connexions, restent donc évidentes, au double point de vue de la clinique et de la physiologie pathologique. Le phlegmon périprostatique est en un mot l'analogue du phlegmon péri-utérin.

Dès lors, il devient rationnel de leur attribuer une pathogénie identique. Nous retrouverons, il est vrai, pour le phlegmon périprostatique toutes les théories qui ont tour à tour prévalu dans l'histoire des phlegmasies

(1) T. Gallard, *Des phlegmasies péri-utérines*. Ann. de gynécologie, t. I Paris, 1874, p. 110.

(2) Reliquet, *Faits de phlegmons périvésicaux*. Union médicale, nos du 26 février et du 5 mars 1878.

péri-utérines (1) : théorie celluleuse pure et simple, théorie veineuse, théorie lymphatique et, de prime abord, un choix définitif peut sembler difficile ; mais cette difficulté n'est qu'apparente. L'adoption exclusive de l'un de ces modes pathogéniques est, en effet, contraire aux lois de la clinique et de la physiologie pathologique.

Dans certains cas, il est impossible de voir, dans un gonflement périprostatique, autre chose qu'une propagation par simple contiguïté de l'inflammation de la prostate au tissu cellulaire circonvoisin. Le phlegmon périprostatique est alors en tous points semblable au phlegmon péri-utérin, tel que mon maître M. Gallard l'a décrit en 1855 (2).

En d'autres circonstances, l'abcès périprostatique est de toute évidence un abcès périphlébitique. Cette condition pathogénique possède à son appui des autopsies très concluantes, et l'observation XXVI démontre que ces abcès peuvent acquérir un volume notable.

Ailleurs, enfin, il y a tout lieu de considérer le phlegmon comme le résultat d'une lymphangite périprostatique. Ce n'est là qu'une hypothèse, puisqu'il n'existe pas une seule autopsie démonstrative ; mais elle paraît très plausible, lorsque la phlegmasie succède au cathétérisme ou à toute autre manœuvre susceptible d'offenser directement la muqueuse uréthro-prostatique. Au cas où l'anatomie pathologique viendrait à confirmer définitivement cette manière de voir, elle ne ferait, au reste,

(1) Voir sur ce sujet une revue générale très clairement faite par M. Brun, in *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879, p. 985.

(2) T. Gallard, *De l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la matrice, ou du phlegmon péri-utérin et de son traitement*. Th. Paris, 1855.

que légitimer les anciennes prévisions de Velpeau et la doctrine enseignée par le professeur Dolbeau : « Neuf fois sur dix, disait-il, les abcès sont consécutifs à une lymphangite. »

En résumé, les données actuelles de la physiologie pathologique ne laissent aucun doute sur la possibilité d'une lymphangite périprostatique, et les faits cliniques démontrent, à leur tour, qu'il y a des périphlébites et de simples phlegmons autour de la prostate. Il faut donc repousser énergiquement toute théorie absolue, consentir à l'éclectisme et admettre, suivant les cas, l'origine celluleuse, veineuse ou lymphatique, des phlegmons périprostatiques.

A côté de cette lymphangite prostatique, faut-il donner place à une adénite périprostatique d'origine uréthro-prostatique ?

Si l'on se reporte à la communication faite par M. Lannelongue (1) à la Société de chirurgie le 11 septembre 1878, on est tenté de répondre par l'affirmative et de voir là une analogie de plus entre le phlegmon périprostatique et le phlegmon des ligaments larges, tel qu'il est envisagé depuis les travaux de M. Lucas-Championnière. Cette hypothèse est sans doute fort séduisante, mais elle est en contradiction avec les données de l'anatomie, et je pense qu'elle doit être repoussée dans les phlegmons à point de départ nettement prostatique.

M. Lannelongue, avec une obligeance dont je ne saurais trop le remercier, a bien voulu mettre à ma disposition les deux pièces qui ont fait l'objet de sa présentation

(1) *Bull. et mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV; p. 600. Paris, 1878.

à la Société de chirurgie. Ces deux pièces sont remarquables à tous égards et constituent deux documents très précieux, au point de vue de l'anatomie ganglionnaire du petit bassin. Elles établissent nettement que les ganglions lymphatiques situés sur les parties latérales du rectum peuvent affecter avec sa tunique externe des connexions très étroites et gagner la face antérieure de cet intestin. Elles démontrent en outre l'existence de ganglions lymphatiques le long des uretères, très près de la base des vésicules séminales. Mais il est, en revanche, très facile de constater que tous ces ganglions sont situés au-dessus du niveau de la base des vésicules séminales, et, par conséquent, au-dessus du niveau du cul-de-sac péritonéal vésico-rectal. Ils sont entre le rectum et le péritoine, entre la vessie et le péritoine, mais on n'en trouve pas un seul dans la région qui nous intéresse, dans cet espace celluleux qui sépare la prostate et les vésicules séminales du rectum et qui est limité, en haut, par le cul-de-sac péritonéal, en bas, par le ligament de Carcassonne, à droite et à gauche, par les attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate.

Ces deux pièces, originales à d'autres titres, rentrent donc dans la loi commune, au point de vue de la constitution de cet espace, et nous devons continuer à dire, avec les anatomistes, qu'il n'y a pas de ganglions lymphatiques en contact avec la face postérieure de la prostate ou des vésicules séminales.

Les lymphatiques prostatiques se rendent à des ganglions qui sont bien connus. On injecte ces lymphatiques sans trop de difficulté par la face postérieure de la glande, à la condition de prendre des sujets très jeunes ou des enfants.

Lorsqu'on veut, au contraire, tenter l'injection par la muqueuse uréthro-prostatique, on obtient peu ou pas de résultat; leur ténuité est extrême à ce niveau, et, pour mon compte, je n'ai pu réussir qu'à injecter le réseau veineux sous-muqueux du col. « Nés de chacune des granulations de la glande, les lymphatiques prostatiques se dirigent vers sa base et sa face postérieure qu'ils recouvrent de leurs anastomoses. Quatre troncs principaux partent de ce plexus périphérique : deux latéraux et volumineux, qui se portent presque transversalement en dehors, pour se terminer dans un ganglion situé sur les parties latérales inférieures de l'excavation pelvienne; deux supérieurs, en général assez grêles, qui se rendent à un ganglion situé entre le trou sous-pubien et le détroit supérieur (1). »

Jamais M. Sappey n'a vu les lymphatiques gagner des ganglions plus rapprochés, et jamais, du reste, il n'a vu de ganglions entre la prostate et le rectum.

Je poursuis actuellement quelques recherches sur les lymphatiques de cette région, mais elles sont trop peu nombreuses encore, pour jouer un rôle dans cette discussion. Je puis dire cependant que, jusqu'à présent, elles sont restées négatives en ce qui regarde l'existence de ganglions prostatiques. Une seule fois, j'ai trouvé à l'autopsie d'un sujet jeune, mort avec une suppuration tuberculeuse de la prostate, une série de six à sept petites nodosités dures, nettement isolées, grisâtres et situées contre la paroi antérieure du rectum, en arrière de la région prostatique. J'ai cru d'abord à l'existence de

(1) Sappey, *Recherches sur la conformation extérieure et la structure de l'urèthre de l'homme*. Paris, 1854, p. 84.

ganglions tuberculeux, mais l'examen histologique a démontré à mon collègue M. Chambard qu'il s'agissait tout simplement de petits grumeaux de tissu cellulaire, indurés et infiltrés de pus.

D'ailleurs, il me suffit amplement d'avoir rappelé l'opinion de l'autorité la plus considérable en pareille matière, celle de M. le professeur Sappey. Le fait anatomique est celui-ci : il n'y a pas de ganglions lymphatiques périprostatiques. Par conséquent, jusqu'à preuve du contraire, nous ne pouvons pas admettre de lymphadénite périprostatique.

Certes, l'hétérotopie ganglionnaire réserve souvent des surprises. M. Lannelongue possède même un certain nombre d'observations très curieuses à cet égard, mais des considérations aussi instables ne pourraient en tout cas servir à étayer une théorie pathogénique.

En définitive, la lymphangite, la phlébite et le phlegmon simple sont les trois seuls modes pathogéniques que l'on puisse admettre, à propos du phlegmon périprostatique.

Ces variétés dans la pathogénie du phlegmon périprostatique méritaient quelques développements. Mais, il faut le reconnaître, elles modifient peu ou pas la physionomie symptomatique du phlegmon périprostatique, et, en tout cas, elles ne donnent pas prise au diagnostic: Au point de vue clinique, on doit admettre seulement deux formes de phlegmon périprostatique :

1° *Le phlegmon périprostatique par propagation*. Tantôt la prostate est simplement hyperémiée ou légèrement enflammée ; on est en présence d'un véritable *phlegmon d'emblée*. Tantôt, au contraire, la prostate participe active-

ment à la phlegmasie, la suppuration envahit simultanément ou à quelques jours d'intervalle le parenchyme de la glande et le tissu cellulaire qui l'entoure, et c'est là ce qu'il faut appeler, avec M. Guyon, *la prostatite phlegmoneuse diffuse.*

2° *Le phlegmon par diffusion,* c'est-à-dire celui qui se développe lorsque la collection purulente intra-prostatique vient à faire irruption dans le tissu cellulaire environnant.

Pour terminer ce chapitre, je dirai quelques mots des abcès chroniques de la prostate. Je dois le faire, en raison de l'évolution froide que présentent souvent les abcès chauds de l'organe, comme le disait Chassaignac.

M. Thompson (1) admet quatre classes d'abcès chroniques :

1° « L'abcès aigu peut ne pas guérir, mais se terminer, et cela indéfiniment, par la forme chronique.

2° « Un abcès, chronique dès le début, peut se former sous l'influence d'une inflammation chronique de l'organe ou des parties avoisinantes.

3° « Un dépôt tuberculeux dans la prostate peut se ramollir, s'ouvrir au dehors, et donner lieu à un abcès chronique.

4° « Les abcès peuvent se développer à la suite de l'irritation produite par les corps étrangers, tels que les calculs emprisonnés dans la prostate ou au milieu des tumeurs malignes. »

La troisième classe de Thompson et les abcès développés « au milieu des tumeurs malignes » ne sauraient

(1) Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, traduct. franç. Paris, 1874, p. 348.

m'occuper ici. Je me suis déjà expliqué sur ce point. Je parlerai seulement des deux premières classes et des abcès renfermant un ou plusieurs calculs.

Ces derniers ne sont pas très rares. En 1860, M. Leroy d'Étiolles (1) a présenté à la Société anatomique une prostate très hypertrophiée au sein de laquelle on avait trouvé un abcès renfermant plusieurs calculs. Dans certains cas, toute la prostate est détruite. L'enveloppe fibreuse résiste seule et constitue une loge remplie de pus et de calculs en nombre variable. M. Malteste (2) a publié dans sa thèse un exemple intéressant de ce genre de lésion. Le malade, étudiant en droit, souffrait depuis six ans, lorsqu'il fut examiné par M. Duplay en 1873. Plusieurs fistules existaient au périnée, et le diagnostic était possible par le toucher rectal. M. Duplay pratiqua l'extraction des calculs par le périnée et guérit son malade.

A propos des abcès qui succèdent à une inflammation aiguë et de ceux qui sont chroniques d'emblée, M. Thompson dit avoir observé des cavités capables de renfermer 3 à 5 grammes de liquide, situées dans un des deux lobes ou en partie dans les deux. Les parois de ces cavités sont en général tapissées « par une sorte de membrane pyogénique grisâtre ou verdâtre inégale et floculente à sa surface, avec du pus concrété çà et là ». M. Thompson ajoute que, parfois, la plus grande partie de la glande peut être détruite par la suppuration, puis il cite deux faits de suppuration chronique à la suite de laquelle le canal de l'u-

(1) Leroy d'Étiolles, *Bull. Soc. anat.*, 1860, 35e année, t. V de la 2e série, p. 220.

(2) Malteste, *Des calculs de la prostate*. Th. Paris, 1876.

rèthre, isolé de ses connexions anatomiques normales, traversait le foyer de part en part, baigné de tous côtés dans le pus.

Ces poches à contenu purulent sont très différentes, au point de vue anatomo-pathologique, des seuls kystes de la prostate dont l'existence soit bien établie, c'est-à-dire des kystes par rétention, soit qu'ils naissent des follicules distendus, soit qu'ils résultent de l'oblitération de l'orifice de l'utricule prostatique (Le Dentu).

La nature seule de leur contenu suffit à les distinguer. Mais, si la différence est ici tranchée, l'interprétation devient peut-être plus difficile lorsqu'on se trouve en présence d'une cavité kystique contenant du pus. M. Le Dentu est le premier qui ait apporté quelque clarté dans la description de ces divers états de la prostate. D'après lui, c'est tout à fait à tort que certains auteurs ont décrit, sous le nom de kystes purulents, les abcès chroniques plus ou moins enkystés qu'on a parfois trouvés dans l'épaisseur de la prostate. En tout cas, les faits observés jusqu'ici ne légitiment en aucune manière l'assimilation qu'on a voulu établir entre ces collections et les kystes proprement dits. Ainsi, dans la première observation de M. Thompson, il est dit que l'abcès qui contenait 16 à 20 grammes de liquide avait détruit la muqueuse uréthrale dans l'étendue d'un florin, en sorte que le plancher seul du canal subsistait. Dans la seconde observation, l'abcès offrait à peu près les mêmes caractères : « Dans la portion prostatique, on apercevait l'ouverture du sac d'un abcès formé par la capsule de la prostate, exactement semblable à celui que je viens de décrire dans l'observation précédente ; le plancher de l'urèthre formait un pont au

dessus. » Il ne s'agit donc pas là d'abcès enkystés, car les collections s'ouvraient dans le canal par une large perte de substance, et la cavité devait être considérée bien plus comme une caverne que comme une sorte de kyste. Dans les cas, au contraire, où l'on se trouve en présence d'un véritable kyste à contenu purulent, l'aspect général des lésions est un peu différent et le mode de communication de la cavité avec le canal paraît offrir quelques caractères spéciaux.

Pour donner une idée bien nette de ces différences, je rapporte ici la relation d'un fait communiqué par M. Le Dentu à la Société de chirurgie, en novembre 1878. Il s'agissait d'un kyste prostatique recueilli sur un sujet mort à l'hôpital Saint-Louis. Le malade était entré dans le service de M. Le Dentu, pour une hématurie légère. Il urinait sans difficulté, et quelques graviers prostatiques avaient été rendus par l'urèthre. Les lésions prostatiques se présentaient sous l'aspect suivant : « La prostate, très hypertrophiée en avant du canal, se prolongeait de près de 3 centimètres en arrière du verumontanum et formait un lobe moyen saillant dans la vessie. Presque toute la partie inférieure de l'organe était convertie en une vaste poche, de la grosseur d'une petite mandarine, qui se terminait, en avant, immédiatement derrière la portion membraneuse du canal, et, en arrière, au point où normalement les vésicules séminales pénètrent entre les deux lobes. Les conduits éjaculateurs étaient indépendants de cette poche. Cette dernière communiquait avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices qui n'étaient autres que ceux des canaux excréteurs des glandes disparues. La membrane limitante de cette poche, lisse sur

sa face externe, était sillonnée à sa face interne par d'innombrables petites crêtes anastomosées, d'un tissu friable, circonscrivant des espaces irréguliers très légèrement déprimés et remplis d'une substance molle d'un brun rougeâtre, facile à enlever et disposée en couches très minces. » En présence de cette dégénération particulière de la prostate, M. Le Dentu n'avait pas hésité à considérer cette pièce comme un exemple de kyste prostatique. « La dégénération, disait-il, a dû commencer par la dilatation kystique dans un grand nombre de glandules, les tissus intermédiaires et les parois mêmes des culs-de-sac ont dû disparaître graduellement par atrophie. Ainsi s'expliquent le volume du kyste devenu uniloculaire, son développement régulier à droite et à gauche de la ligne médiane et la communication avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices situés de chaque côté du verumontanum, principalement vers sa partie postérieure. »

Depuis, M. Le Dentu a étudié à nouveau cette question, et il insiste sur ce fait que, dans la poche précédemment décrite, les orifices de communication avec l'urèthre étaient tout à fait distincts des canaux éjaculateurs ainsi que de l'utricule, qu'ils étaient seulement un peu plus grands que dans l'état normal, et qu'ils n'avaient rien de commun avec la perte de substance unique qui, dans les observations de Thompson, s'était produite par ulcération, aux dépens de la muqueuse du canal.

Le liquide contenu dans cette poche avait enfin des caractères spéciaux : visqueux et brun rougeâtre, il paraissait être un mélange de sang, de mucus et peut-être de pus. L'examen microscopique y montra des leucocy-

tes en grand nombre et des globules sanguins, les uns et les autres déformés par la putréfaction qui semblait avoir agi sur le mélange avant la mort.

Le sang était le résultat des hématuries. Quant aux leucocytes, ils avaient été exhalés par les parois de la poche, mais, à cause de la régularité de cette paroi et de sa communication avec le canal par plusieurs orifices, il y avait lieu de penser que la poche était un kyste à contenu muco-purulent plutôt qu'un abcès enkysté dans le lobe prostatique.

C'est à cette dernière interprétation que M. Le Dentu s'est avec raison définitivement arrêté.

Tous les éléments de ce chapitre sont empruntés au mémoire que j'ai déposé le 15 août 1879 à l'Assistance publique.

Depuis cette époque, M. Mauriac est arrivé à des conclusions semblables aux miennes en ce qui regarde l'oblitération glandulaire : « Tous les abcès péri-uréthraux, dit-il, quel que soit le point du canal sur lequel ils se développent, présentent la même pathogénie et peuvent passer par les différentes phases suivantes :

1° Inflammation catarrhale ou purulente, pouvant se propager du canal à toutes les glandes ou glandules, depuis les acini simples jusqu'aux glandes conglomérées de Méry et jusqu'à la prostate ;

2° *Compression et oblitération du canal, distension de la glande par les produits sécrétés et propagation de l'inflammation à son stroma;*

3° Extension en dehors du stroma et phlegmon périglandulaire, tantôt se dirigeant en dehors et finissant par constituer un abcès qui s'ouvre à l'extérieur par un orifice cutané; tantôt, au contraire, se faisant jour par l'urèthre, soit par simple distension du conduit excréteur, soit par ulcération de la partie voisine de la paroi uréthrale. »

C'est au moment de mettre sous presse que j'ai lu ce passage intéressant des leçons de M Mauriac dans la *Gazette des hôpitaux* du mardi 17 février 1880. (Leçons recueillies et rédigées par M. Guiard, interne du service.)

CHAPITRE IV

SYMPTOMES — MARCHE — PRONOSTIC

La rétention plus ou moins complète de l'urine et les douleurs de la miction sont les deux symptômes fondamentaux de toute inflammation prostatique.

Excessifs ou atténués, ces deux signes ne font, pour ainsi dire, jamais défaut; mais il faut bien savoir que leur intensité et leur marche offrent des variétés nombreuses. Les autres symptômes locaux ou généraux qui accompagnent la suppuration de la prostate se présentent eux-mêmes sous des aspects très différents suivant les cas particuliers, et, pour répondre aux exigences de la clinique, il importe de distinguer deux formes de prostatites : l'une, véritable phlegmon, conduisant rapidement à la suppuration, avec toutes les allures d'une phlegmasie franchement aiguë; l'autre, suppurative à courte échéance comme la précédente, mais plus insidieuse et moins aiguë dans son évolution.

Cette dernière forme s'observe de préférence sur les sujets qui souffrent de quelque affection ancienne des voies urinaires. C'est au cours d'un écoulement chronique de l'urèthre, par exemple, que les accidents apparaissent.

Le malade éprouve brusquement un peu de pesanteur périnéale, l'émission du jet de l'urine devient plus difficile et provoque une cuisson plus ou moins vive dans le fond du canal; puis ces différents symptômes s'accentuent un peu, la dysurie augmente sans que les besoins d'uriner soient plus fréquents, et l'apparition d'un léger frisson vient parfois signaler la formation du pus. Lorsque l'abcès occupe la partie la plus déclive de la glande, le toucher rectal le fait reconnaître ; s'il est situé plus profondément, sous la muqueuse uréthrale, par exemple, on ne peut que soupçonner sa présence. Le cathétérisme vient souvent confirmer le diagnostic, la sonde crève la petite poche ; mais il arrive aussi que la collection se vide spontanément dans l'urèthre : un peu de pus, mélangé de sang, s'écoule par le canal, et, si le fait n'est pas observé, l'abcès passe inaperçu. Il est probable que Civiale voulait faire allusion à cette variété d'abcès lorsqu'il disait : « Les abcès de la prostate sont communs, et l'on en découvre fréquemment à l'ouverture des cadavres ; seulement on ne les reconnaît pas toujours pendant la vie (1). »

D. Desprès avait aussi noté cette évolution insidieuse, à propos des abcès périprostatiques qui se développent sur les vieillards atteints de cystite chronique ou d'anciens engorgements de la prostate. « Le mal, disait-il, arrive assez souvent d'une manière insidieuse. La rétention d'urine et la constipation sont les premiers phénomènes observés. Il y a un état général adynamique grave qui pour-

(1) Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1850, 2e édit., t. II. p. 475.

rait faire croire à une néphrite si l'on ne touchait point par le rectum (1). »

Ces faits sont très utiles à bien connaître et montrent qu'il est, pour ainsi dire, aussi urgent de toucher fréquemment la prostate des urinaires que d'ausculter le cœur des rhumatisants.

Dans les formes aiguës franches de la prostatite et du phlegmon périprostatique, la physionomie générale de la maladie est toute différente. Le malade est pris d'un frisson plus ou moins violent, la température s'élève, il y a de la céphalalgie, une soif vive, et des phénomènes graves surviennent rapidement du côté de la région prostatique. Les douleurs de la miction peuvent être excessives et la rétention complète. Il existe même des cas où l'on est obligé de recourir à la ponction hypogastrique pour vider la vessie.

Ailleurs, le début est moins brutal et les symptômes moins alarmants; mais il y a toujours de la fièvre et une sensation de pesanteur ou de tension gravative vers le périnée et l'anus. L'un des malades de M. Guyon traduisait son malaise en disant : « J'ai des inquiétudes partout là-dedans. »

La fièvre de la prostatite simple et du phlegmon périprostatique peu étendu est rarement très intense; elle se caractérise, en général, par une élévation de température de 1 à 2 degrés; l'ascension thermique est brusque; elle se maintient sans oscillations manifestes pendant les premiers jours de la maladie, et, lorsque survient la déferves-

(1) A. Desprès, *Diagnostic des tumeurs*. Paris, 1868, p. 320. Appendice au *Traité du diagnostic des maladies chirurgicales* de A. Foucher. Paris, 1866.

cence, celle-ci est franche et rapide. C'est là un premier type nettement caractérisé. Nous verrons plus tard que, lorsque les abcès prostatiques se vident mal, la défervescence n'a pas ce caractère, la fièvre se prolonge plus ou moins longtemps, remarquable par les rémissions du matin et les ascensions du soir, si bien que, dans cette deuxième forme de la fièvre, le chirurgien doit trouver les indications d'une intervention plus active. Mais, dès le début de la prostatite, et ce point doit seul nous occuper actuellement, la fièvre peut s'écarter beaucoup de son type habituel.

Dans certains cas, on la voit monter brusquement, atteindre d'emblée un chiffre très élevé et inspirer des craintes sérieuses. Il faut savoir que ces prostatites, à température initiale excessive, ne présentent pas de gravité spéciale. Le plus souvent, il s'agit de prostatites traumatiques.

La fièvre de début traduit uniquement l'accès urineux développé sous l'influence de la cause déterminante (cathétérisme brutal, injection poussée avec violence, etc.). Le traumatisme produit simultanément et la prostatite et l'accès urineux spécifique; puis celui-ci cède, et la fièvre habituelle de la prostatite reste seule avec tous ses caractères d'évolution thermique moyenne (*voir obs.* 14).

Enfin, lorsque les veines prostatiques participent à l'inflammation, lorsqu'on est en présence d'une prostatite pyohémique, la fièvre vient toujours annoncer le début de la complication; c'est la fièvre de l'infection purulente qu'on a sous les yeux, avec ses frissons et ses autres caractères.

M. le professeur Guyon attire souvent l'attention sur ces quatre formes de la fièvre. Leur distinction est fort

importante et permet de donner une grande précision au pronostic des phlegmasies prostatiques à leur début.

La maladie se confirmant, les autres symptômes persistent et ne font que s'accroître. Il y a de l'inappétence, une soif vive avec enduit saburral de la langue, de l'insomnie et de l'agitation ; les douleurs augmentent, le périnée devient sensible au toucher, avec point douloureux maximum sur le raphé entre le bulbe et l'anus ; les mouvements et la marche deviennent impossibles, le croisement des jambes et la position assise éveillent des souffrances très vives que les efforts de défécation viennent encore augmenter. Les patients ne savent parfois quelle situation prendre pour atténuer les battements douloureux qu'ils éprouvent dans toute la région malade. On les voit se pelotonner, s'accroupir sur leur lit et affecter diverses attitudes, qui ne sont pas sans analogie avec celles que prennent les femmes torturées par les douleurs du cancer utérin. Dans certains cas, la douleur est plus diffuse et plus profonde ; elle rappelle beaucoup celle de la pelvi-péritonite.

Lorsqu'il existe un écoulement uréthral, il n'est pas rare, comme le dit M. Fournier (1), de le voir disparaître complètement au début de la complication pour reparaître plus tard.

La dysurie est souvent excessive ; l'urine n'est plus évacuée qu'au prix d'efforts très grands. Elle sort en jet grêle, intermittent, ou même goutte à goutte et provoque, à son passage, une sensation de brûlure dans la profondeur du canal. Un fait très important à relever, c'est

(1) Fournier, article *Blennorrhagie*, in *Nouv. Dict. de médecine et de chirurgie pratique*, t. V. Paris, 1866.

que, dans la prostatite, la fréquence des mictions n'est pas augmentée.

Si la rétention d'urine n'est pas complète dès le début des accidents, elle peut le devenir plus tard et déterminer alors toute la série des symptômes graves qui lui sont propres (tension hypogastrique, épreintes, anxiété très vive, etc.).

Cette rétention d'urine, que l'obstruction du canal par la prostate tuméfiée vient presque toujours expliquer, peut trouver aussi sa raison d'être dans un spasme réflexe du sphincter vésical.

Les garde-robes sont en général accompagnées et suivies d'une douleur anale très pénible; le ténesme rectal est plus ou moins violent, et les malades ont la sensation d'un corps étranger, « d'un gros tampon de matière fécale prêt à sortir du rectum », comme le disait Desault (1).

Lallemand et Verdier ont signalé le priapisme comme autre signe de la prostatite. Ils ont observé sur quelques-uns de leurs malades des érections douloureuses suivies d'un suintement visqueux par le canal. Ce symptôme est sans doute fort rare : M. Guyon ne l'a pas observé jusqu'ici. Il est probable que, chez les malades dont parle Lallemand, les vésicules séminales participaient à l'inflammation. On sait, en effet, que l'éjaculation d'un sperme rouillé ou strié de sang, les érections fréquentes et les pollutions nocturnes ont été notées au nombre des symtômes de cette affection.

Tous les symptômes généraux et locaux que nous venons d'énumérer s'observent aussi bien dans la prostatite

(1) Desault, *Journal de chirurgie*. Paris, 1791, t. II, p. 185.

simple que dans le phlegmon périprostatique. La différence, lorsqu'elle existe, porte uniquement sur le degré d'intensité des symptômes vésicaux; ils sont parfois très atténués dans le phlegmon périprostatique; mais c'est par le toucher rectal que l'on peut seulement reconnaître les signes propres à l'une ou à l'autre de ces deux maladies.

Dans la prostatite simple, la prostate est grosse, tendue et très douloureuse. La tuméfaction est parfois générale et donne à l'organe une forme carrée (1); d'autres fois, l'augmentation de volume est partielle et porte seulement sur l'un des deux lobes. Mais toujours les tissus périprostatiques conservent leur souplesse; la glande seule est malade; ses limites sont appréciables; la capsule emprisonne le mal.

Dans le phlegmon périprostatique, au contraire, les tissus prérectaux sont empâtés et infiltrés. Le doigt tombe sur une plaque phlegmoneuse plus ou moins étendue qui dépasse les limites de la glande, efface tous ses contours et proémine dans le rectum. Ces derniers caractères de la tumeur phlegmoneuse sont, on le conçoit, parfaitement identiques dans le phlegmon périprostatique simple et dans la prostatite phlegmoneuse diffuse. Ils sont comparables à ceux que l'on perçoit en pratiquant le toucher rectal chez les femmes atteintes de phlegmon péri-utérin. L'analogie se complète souvent par l'existence de battements artériels qui viennent rappeler les caractères du pouls vaginal. Ce pouls rectal présente, comme nous le verrons plus loin, une importance considérable au point de vue du lieu d'élection de l'incision chirurgicale.

(1) Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*. Paris, 1855, 4e édit., t. IV.

Le cathétérisme, seul ou combiné avec le toucher, pourrait aussi fournir des renseignements sur l'augmentation de volume de la prostate; mais cette exploration, horriblement douloureuse, est parfaitement inutile. Elle peut même, comme le dit M. Le Dentu (1), présenter certains dangers en provoquant une déchirure au milieu de tissus que l'inflammation a privés de leur élasticité et de leur résistance habituelle. Ces remarques s'appliquent au cathétérisme purement explorateur; on est bien obligé de vider la vessie lorsque la rétention d'urine est complète; mais il faut alors prendre toutes les précautions exigées en pareille occurrence.

Vers le sixième, le huitième ou le dixième jour de la maladie, les symptômes généraux et locaux de la phlegmasie prostatique conservent encore toute leur intensité. A ce moment, si la résolution doit se faire, la fièvre tombe, les douleurs s'apaisent, la miction devient plus facile, et le toucher rectal permet de suivre le retour graduel de la glande à ses dimensions normales, ou la disparition de la tumeur phlegmoneuse au cas de périprostatite.

La résolution n'est pas rare dans le phlegmon périprostatique; j'en connais plusieurs exemples, et tout récemment M. Guyon a observé ce mode de terminaison dans un cas de périprostatite développée sans cause appréciable, sur un homme adulte. Elle est très fréquente dans la prostatite proprement dite.

Il se peut aussi que la poussée aiguë devienne le point de départ d'un engorgement chronique, comportant avec lui toute une série de conséquences sur lesquelles je

(1) Le Dentu, *loc. cit.*, 2e vol. des *Maladies des voies urinaires*, de Voillemier. Paris, 1880.

n'ai pas à insister. Je rappellerai seulement que l'état subinflammatoire, qui survit souvent, constitue une épine locale dont nous connaissons l'importance au point de vue de la production ultérieure d'accidents inflammatoires et suppuratifs.

Si les phénomènes aigus persistent, tous les signes de la suppuration apparaissent. « On reconnaît que la rétention d'urine est entretenue par le gonflement de la prostate en suppuration, lorsque les symptômes de l'inflammation se sont continués au-delà du huitième jour de son invasion, qu'après avoir toujours été en croissant jusqu'à cette époque, ils ont ensuite semblé diminuer pour s'accroître de nouveau, que la fièvre a été avec des redoublements vers le soir et souvent précédée de frissons. » Ces quelques lignes, empruntées au journal de Desault, rendent un compte très fidèle des signes qui caractérisent la formation de l'abcès. Presque toujours on voit, à cette période de la maladie, les troubles généraux changer de caractère; des battements profonds, plus cadencés, pour ainsi dire, succèdent à la tension gravative des premiers jours, la langue est sèche et de petits frissons répétés signalent la formation du pus. La collection purulente fait saillie dans le canal, la rétention persiste, et le toucher rectal fait reconnaître soit une tumeur périprostatique, soit une augmentation de volume souvent excessive de la prostate avec sensation de fluctuation plus ou moins franche, suivant le siège exact de l'abcès.

Tels sont les différents symptômes qui accompagnent la formation des abcès prostatiques et périprostatiques. Je les ai étudiés dans leur ensemble, en prenant le soin

d'opposer les cas les plus graves à ceux qui évoluent sans bruit, montrant ainsi tous les degrés qui peuvent s'observer en clinique, depuis les formes bénignes jusqu'aux formes graves et franchement phlegmoneuses.

Quelques auteurs pensent qu'il doit y avoir des abcès dont la formation est ignorée du malade et du chirurgien. Le pus serait alors repris et éliminé insensiblement. Ce n'est là qu'une hypothèse restée jusqu'ici sans vérification. On a dit aussi que plusieurs de ces abcès pouvaient rester stationnaires, acquérir, grâce à leur membrane d'enveloppe, une véritable indépendance, donner naissance à une sorte de kyste renfermant une matière caséeuse, ou même se transformer en un véritable kyste purulent. Je ne connais pas d'exemple démontrant la réalité de ces différentes éventualités, et nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique, ce qu'on devait penser de la plupart des kystes dits purulents.

Ce qu'il faut seulement retenir, c'est que, l'abcès une fois formé, le pus tend à se faire jour au dehors ; voilà la règle.

Dans les cas heureux, l'abcès est incisé par le chirurgien, un soulagement énorme se produit aussitôt, les douleurs disparaissent, la miction se rétablit et la guérison survient rapidement.

Cette terminaison peut s'observer aussi lorsque l'abcès s'ouvre spontanément dans l'urèthre ou le rectum. L'évacuation du pus continue quelques jours ; puis le foyer revient peu à peu sur lui-même, ses parois bourgeonnent, s'adossent, et la cicatrisation est assurée.

Mais bien souvent les choses ne se passent pas avec autant de simplicité. Soit que le chirurgien n'intervienne

pas assez vite, soit que la suppuration dépasse les limites de la loge prostatique, on peut voir survenir une série d'accidents fort graves. Ce sont là tout autant de terminaisons qu'il nous faut maintenant étudier en détail, en envisageant successivement les abcès intraprostatiques proprement dits et les suppurations périprostatiques.

C'est le plus souvent *dans l'urèthre* que s'ouvrent les abcès de la prostate. Sur 115 observations (voy. p. 231), ce mode d'ouverture est noté 35 fois, 28 fois spontanément et 7 fois pendant le cathétérisme. On peut observer aussi l'ouverture vésicale. L'observation de J.-L. Petit (*voy. obs.* I) en fournit un bel exemple, mais ce mode de terminaison est très rare.

Lorsque l'abcès est abandonné à lui-même, l'évacuation peut être assez tardive. On assiste, comme le disait Chassaignac, à l'accroissement froid d'un abcès chaud. Civiale parle d'un abcès qui n'aboutit à se crever spontanément chez un septuagénaire que trois ans après l'action de la cause à laquelle on le rapportait. Il y a peut-être là un peu d'exagération, mais le fait de la marche lente n'en est pas moins exact. Il est certain que le pus peut séjourner dans le tissu même de la prostate, pendant un temps plus ou moins long, sans révéler sa présence par des symptômes accentués.

Dans les cas ordinaires, l'évacuation du pus est beaucoup plus rapide ; la collection purulente, aussitôt formée, fait saillie dans l'urèthre et crève spontanément ou sous l'influence d'un effort; en général, il s'agit d'un effort de défécation.

Souvent aussi l'ouverture est provoquée par le cathétérisme, involontairement ou volontairement; le bec de l'in-

strument butte au niveau de la région prostatique, « ce qui résiste obéit », comme le disait J.-L. Petit, et l'on voit aussitôt sortir, par le canal ou par la sonde, une quantité plus ou moins considérable de pus. L'abcès une fois ouvert, l'écoulement persiste pendant un certain temps. A chaque miction, le jet de l'urine chasse devant lui une quantité variable de pus et devient limpide ensuite; mais l'évacuation se produit aussi en dehors des mictions et présente alors certains caractères importants à connaître. Le contenu de l'abcès, comme tous les liquides pathologiques de provenance uréthro-prostatique, est arrêté par le sphincter qui entoure la portion membraneuse de l'urèthre et ne peut s'écouler goutte à goutte. L'écoulement est intermittent, et c'est à des intervalles variables (un quart d'heure, une demi-heure) que les malades éjaculent, pour ainsi dire, le pus accumulé derrière leur sphincter membraneux. Cette modalité de l'écoulement purulent est caractéristique (*voir obs.* III); elle montre une fois de plus combien il est nécessaire de distinguer les affections qui siègent au-dessus ou au-dessous de la portion membraneuse. Il y a, suivant l'expression de M. Guyon, un urèthre postérieur et un urèthre antérieur dont les maladies distinctes font surgir des indications thérapeutiques différentes.

Ces éjaculations purulentes ne peuvent plus se produire lorsque les malades portent une sonde à demeure, et, dans les cas de ce genre, on voit le pus sourdre, à tout instant, entre les parois du canal et celles de l'instrument évacuateur.

L'ouverture exclusivement uréthrale des abcès prostatiques peut, quand elle est précoce, comporter un pronos-

tic bénin. La guérison survient au bout de trois ou quatre semaines et la cavité prostatique se cicatrise. Si l'ouverture est plus tardive ou le foyer prostatique trop volumineux, le pronostic devient plus grave. Sur 35 observations d'abcès avec ouverture uréthrale, j'ai relevé sept morts dont trois par infection purulente (voy. p. 233).

La cicatrisation trop hâtive des lèvres de l'ouverture peut aussi retarder la guérison. Dans ces conditions, la sécrétion du pus continuant, la cavité ne tarde pas à se remplir ; la cicatrice récente se laisse distendre et cède pour se refermer ensuite. Ces alternatives de réplétions et d'évacuations incomplètes persistent plus ou moins longtemps, la température reste élevée avec des rémissions passagères le matin ; et, si l'intervention chirurgicale ne vient pas assurer le libre écoulement du pus, on peut voir survenir des phénomènes de diffusion avec trajets fistuleux et caverne prostatique consécutive.

Le pus des abcès intra-prostatiques peut suivre d'autres chemins. Il traverse parfois l'aponévrose prostato-péritonéale, ulcère la paroi rectale et se déverse dans le rectum. Si le travail ulcératif s'est effectué lentement, le tissu cellulaire prérectal s'indure de bonne heure, de solides adhérences s'élèvent contre l'irruption du pus, et la cicatrisation peut survenir assez rapidement. Mais les faits de ce genre n'appartiennent plus à l'histoire des abcès intra-prostatiques proprement dits. En fait, il y a diffusion périprostatique. Si limitée qu'elle soit, elle expose néanmoins à des désordres locaux étendus, à des trajets fistuleux intarissables. Les symptômes de la prostatite s'effacent nécessairement, le phlegmon périprostatique domine l'évolution ultérieure de la maladie, et c'est lui

qui doit servir de base à la description. Qu'il s'agisse d'une phlegmasie primitive, d'une simple migration ou d'une occupation purulente simultanée, la situation clinique reste la même; les symptômes prennent une gravité spéciale, et, si le chirurgien n'intervient pas activement, il faut redouter l'apparition d'accidents graves tels que la phlébite, la pyohémie ou les fusées purulentes lointaines.

Le pus du phlegmon périprostatique se forme en arrière de la prostate. Il envahit cette région à tissu cellulaire lâche et dépourvu de graisse qui sépare le rectum de la prostate et des vésicules séminales. Les dispositions générales du foyer purulent sont à peu près constantes dans toutes les autopsies; c'est toujours une cavité plus ou moins vaste, limitée, en haut par le tissu cellulaire sous-péritonéal épaissi, en arrière par le rectum, en bas par la partie postérieure du ligament de Carcassonne, à droite et à gauche par les attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate, en avant par la face postérieure de l'aponévrose prostato-péritonéale. En un mot, la suppuration envahit la loge rétro-prostatique.

Les données de l'anatomie topographique montrent les différentes voies qui s'offrent au pus lorsqu'il veut sortir de sa loge. Une préparation fort simple permet d'acquérir à cet égard des renseignements précis. Il suffit d'ouvrir la loge rétro-prostatique par son bord supérieur et d'explorer ses parois pour reconnaître immédiatement quels peuvent en être les points faibles. Voici comment il faut procéder :

Le bassin d'un sujet, jeune ou vieux, mais sans lésion abdominale, étant séparé du tronc, le rectum sectionné

et lié à son extrémité supérieure et les organes du petit bassin soigneusement respectés, on attire la vessie en avant, de manière à mettre en évidence le fond du cul-de-sac recto-vésical. En ce point, on pratique sur le péritoine une incision transversale, longue de deux travers de doigt, puis, on introduit son index par l'incision, entre le rectum et l'aponévrose prostato-péritonéale. La laxité du tissu cellulaire est telle, que l'on croit pénétrer dans une bourse séreuse : sans le moindre effort, on arrive sur la face supérieure de l'aponévrose moyenne. Là, on éprouve un arrêt, et le doigt ne peut plus avancer. En arrière, on sent la paroi molle et dépressible du rectum; en avant, la prostate et les vésicules. Sur les côtés enfin, on est bridé par les solides attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate. Si maintenant, par des pressions exercées avec la pulpe de l'index, on essaye de forcer les limites de la loge, on constate ce qui suit :

Sur les côtés, dans toute leur hauteur depuis l'aponévrose moyenne jusqu'au niveau de la base des vésicules : résistance absolue, solide, pour ainsi dire infranchissable.

En bas et sur la ligne médiane : résistance médiocre; l'index pénètre sans trop d'effort et gagne le périnée antérieur.

En bas et en dehors : résistance très faible; une pression légère conduit immédiatement en pleine fosse ischio-rectale.

En avant et sur les côtés, on est barré par la jonction de l'aponévrose prostato-péritonéale et des aponévroses latérales, ou, mieux, par l'adhérence intime de ces dernières avec la glande.

Tels sont les résultats fournis par cette exploration rapide. *A priori,* ils autorisent à penser que les abcès péri-prostatiques tendront surtout à s'ouvrir vers la partie inférieure de la loge. En arrière, ils trouveront une issue facile en ulcérant la paroi rectale. En bas, ils pourront de même doubler la face postérieure de la prostate et gagner l'urèthre, à moins qu'une cavité intra-prostatique ne leur offre une voie plus directe encore vers le canal. Sur les côtés, au contraire, les aponévroses latérales s'opposeront à l'envahissement du pus et protégerront l'espace pelvirectal supérieur contre son irruption.

La clinique vient pleinement confirmer les données de l'anatomie. L'analyse de 77 observations (1) de suppuration périprostatique (par diffusion ou par propagation), au point de vue de la fréquence réciproque des directions suivies par le pus, montre en effet ce qui suit :

64	fois le pus s'est fait jour		par l'urèthre.
43	fois	— —	par le rectum.
15	fois	— —	par le périnée.
8	fois	— —	par la fosse ischio-rectale.
5	fois le pus s'est dirigé		vers la région inguinale.
2	fois	— —	vers le trou obturateur.
1	fois	— —	vers l'ombilic.
1	fois	— —	vers la fesse, par la grande échancrure sciatique.
1	fois	— —	vers le rebord des fausses côtes.
1	fois l'abcès s'est ouvert dans le péritoine.		
1	fois la diffusion a gagné la cavité prépéritonéale de Retzius.		

En résumé ce tableau nous montre qu'il faut, au point de vue de la marche de la suppuration, distinguer :

(1) V. p. 231 (nous négligeons naturellement les 35 observations d'ouverture uréthrale simple).

Des cas fréquents, habituels (ouvertures rectales et uréthrales, fusées périnéales et ischio-rectales).

Des cas rares (propagation ou fusées inguinales et obturatrices).

Des cas exceptionnels (ouverture péritonéale, propagation prépéritonéale, fusées vers l'ombilic, vers la grande échancrure sciatique et même vers les fausses côtes).

Recherchons maintenant les caractères de la maladie dans ses différents cas.

Je ne reviendrai pas sur l'*ouverture uréthrale*, et je pourrais répéter ce que j'ai dit à propos des abcès intra-prostatiques. Le pus gagne l'origine de la portion membraneuse en doublant la face postérieure de la prostate. Ailleurs, le foyer périprostatique communique avec une collection intra-prostatique, et le chemin se trouve tout tracé. L'ouverture exclusivement uréthrale des abcès périprostatiques non compliqués d'abcès intra-prostatiques, est tout à fait exceptionnelle, et presque toujours le pus suit en même temps une autre direction.

L'*ouverture rectale* offre une grande fréquence (43 fois sur 67 observations). S'il existe en même temps un abcès intra-prostatique, il peut se former une sorte d'abcès en double bouton de chemise, dont l'un des points rétrécis correspond à la paroi rectale perforée, et l'autre à la portion détruite de l'aponévrose prostato-péritonéale. Nos 43 observations d'ouverture rectale comprennent : 18 abcès ouverts dans le rectum seulement, 21 abcès ouverts à la fois dans l'urèthre et le rectum et 4 cas plus compliqués (voir p. 234).

Lorsque l'ouverture rectale se fait en temps opportun, spontanément ou par incision, la marche des accidents est

généralement simple et la guérison assez rapide. Dans les abcès intra-prostatiques eux-mêmes, il faut encore s'efforcer de provoquer ce mode de terminaison. M. Conche (1) a très bien fait ressortir la gravité de l'ouverture tardive des abcès par l'urèthre comparée à l'ouverture hâtive par le rectum.

L'*ouverture simultanée dans le rectum et l'urèthre* est fréquemment observée ; il se produit alors une fistule urétro-rectale toujours sérieuse au point de vue du pronostic; elle peut même persister indéfiniment. Le pus s'écoule beaucoup plus par le rectum que par l'urèthre ; à chaque miction, les urines passent par l'anus en totalité ou en partie. On peut observer aussi des phénomènes curieux, tels que la sortie des gaz intestinaux par l'urèthre. Dans un cas observé par M. Guyon (*v. obs.* 15), ce phénomène s'accompagnait d'un bruit singulier, d'une sorte de sifflement dont le malade s'étonnait fort. Il est exceptionnel de voir les matières fécales pénétrer dans l'abcès. Si la destruction prostatique est un peu étendue, les canaux éjaculateurs peuvent être atteints, et, dans un cas de ce genre, Lallemand a noté qu'il se faisait chaque jour, et sans érection préalable, un écoulement de sperme (*voir obs.* 73) ; ce phénomène est probablement très rare. L'observation V donne un exemple des fistules intarissables qui peuvent succéder aux suppurations prostatiques lorsque le pus gagne à la fois le rectum et l'urèthre.

Très souvent enfin le pus obéit aux lois de la déclivité. Il triomphe facilement de la faible résistance que lui opposent les limites inférieures de la région rétro-prostatique, et gagne, soit *la fosse ischio-rectale*, soit *la région péri-*

(1) Conche, *Bull. Soc. anat.* 1867, *p.* 185 à 195.

néale antérieure (sur 67 obs. j'ai relevé 23 fois cette direction du pus).

Lorsque le pus fuse dans la fosse ischio-rectale, il donne naissance aux symptômes bien connus des abcès de la marge de l'anus. Le décollement peut être considérable. Tout l'espace pelvirectal inférieur est envahi, et le pus s'insinue même dans l'espace celluleux situé entre le releveur et le ligament de Carcassonne, dans cette région que M. Paulet a comparée à l'extrémité antérieure d'un bonnet de police. Dans certains cas on peut, en plaçant un doigt dans le rectum et l'autre main sur les côtés de l'anus, se renvoyer la fluctuation d'une main à l'autre. Le pronostic varie avec l'étendue du décollement, l'état général du sujet, l'existence ou l'absence d'une communication uréthrale ou de toute autre complication.

Lorsque le pus gagne le périnée antérieur, il fuse au travers de la partie postérieure du ligament de Carcassonne (1). La faible résistance de cette partie de la loge

(1) Il y a quelques jours, M. Guyon m'a fait disséquer les pièces d'un malade mort à l'hôpital Necker avec une suppuration de la prostate. — Les lésions de la glande étaient, il est vrai, tuberculeuses, mais les trajets fistuleux qui leur ont succédé nous intéressent directement. — La caverne prostatique occupait les deux tiers inférieurs de la prostate. — Largement ouverte dans le canal, elle communiquait, en arrière et en bas, avec un trajet fistuleux offrant à peu près les dimensions d'une plume d'oie. Ce trajet rectiligne, vertical et médian, descendait à travers la partie postérieure de l'aponévrose moyenne au-devant du rectum, jusqu'au raphé périnéal, entre l'anus et le bulbe. Là, il se renflait brusquement en une sorte d'ampoule aplatie et s'ouvrait à la peau à 3 ou 4 millimètres à droite de la ligne médiane. De cette ampoule terminale émergeaient, comme d'un centre commun, trois prolongements secondaires. L'un deux se dirigeait directement en arrière, sous la peau, et s'ouvrait, après 4 centimètres de trajet, par un orifice cutané situé sur les côtés de l'anus. — Les deux autres se dirigeaient en avant, dans le triangle ischio-bulbaire droit, et s'anastomosaient par inosculation, si je puis ainsi dire, après un trajet de quelques centimètres.

Cette pièce nous donne un exemple très net de fusée périnéale antérieure.

rétro-prostatique s'explique facilement. Le plan fibro-musculaire très épais et solide, auquel le plancher pelvien doit toute sa résistance, devient, en effet, moins impénétrable dans sa partie postérieure. Les deux aponévroses qui le limitent en haut et en bas, décrites sous les noms d'aponévrose périnéale supérieure et d'aponévrose périnéale moyenne par M. le professeur Sappey, confondues par d'autres auteurs sous le nom d'aponévrose moyenne, feutrent leurs fibres avec celles du muscle transverse profond ou muscle de Guthrie, et forment à la prostate, comme aux autres organes pelviens, un point d'appui solide que la suppuration détruit difficilement.

Mais, à la partie postérieure, il est certain que l'intrication des fibres qui le constituent se relâche, pour ainsi dire, et permet à la suppuration de s'infiltrer assez facilement jusque dans la loge périnéale inférieure, jusque dans le triangle ischio-bulbaire. Arrivé dans cette région, le pus peut trouver une issue rapide du côté des téguments, spontanément ou par le bistouri. Si l'ouverture est rapide, l'incision précoce, et si le pus ne suit pas d'autres directions, le pronostic reste favorable, la guérison s'obtient facilement. Mais, dans les conditions inverses, le pronostic peut acquérir une gravité extrême, et les dégâts de la suppuration sont parfois considérables. Sur le malade de l'observation V la racine des corps caverneux fut complètement disséquée par le pus. — Dans un cas observé par M. Dumarquay, « le pus fusa du côté de l'espace ischio-rectal et au-devant du bulbe dans la gaîne de la verge; tout le tissu cellulaire de la région fut envahi, les corps caverneux furent mis à nu; il en résulta un décollement considérable de la peau du pénis, et le ma-

lade ne fut guéri qu'au bout d'un temps très long ».

Il existe beaucoup d'autres faits analogues, mais ces deux exemples suffisent.

Là se termine l'histoire des cas fréquents. Il faut noter que, pour la plupart d'entre eux, la gravité du pronostic tient, avant tout, à la nature des désordres locaux, à la destruction des tissus, aux modifications anatomo-pathologiques profondes qui accompagnent la formation des trajets fistuleux. La multiplicité des fistules est enfin une circonstance particulièrement aggravante.

J'arrive maintenant à l'étude de ce que j'ai appelé les *cas rares* et les *cas exceptionnels*.

Les fusées purulentes ou les propagations *obturatrices* et *inguinales* trouvent ici le premier rang. Il faut en chercher la raison dans la riche vascularisation et dans la laxité du tissu cellulaire qui entoure le canal déférent. « Rien n'est plus frappant, sur toute la longueur du canal, que la transparence du tissu cellulaire dans lequel il est plongé, avec ou sans faisceaux striés du cremaster, avec ou sans vésicules adipeuses, suivant les régions. Rien de plus frappant aussi que le nombre des artérioles, des veinules surtout, et des capillaires dans ce tissu, comparativement aux diverses couches du canal déférent qui ne montre que de rares capillaires (1). »

Ces caractères du tissu cellulaire péri-déférentiel sont faciles à constater. Sur les sujets dont le système veineux pelvien a été injecté par la veine dorsale de la verge, ils apparaissent dans toute leur évidence. On trouve donc

(1) Ch. Robin, *Sur la constitution des muqueuses de l'utérus mâle, des canaux déférents et des trompes de Fallope*. Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1875, nº de janvier, p. 113.

réunies toutes les conditions favorables à la propagation inflammatoire et à la migration du pus. Les autopsies et les faits de la clinique viennent à l'appui de cette opinion.

L'observation 115 et l'observation 17 offrent deux exemples de propagation vers le *trou obturateur*. Dans l'observation de M. Tillaux, il s'agissait d'une propagation sans fusée purulente, et la tumeur développée au niveau de la région obturatrice disparut par résolution (*voir obs.* 115). Sur le malade de M. Guyon, il s'agissait, au contraire, d'une véritable fusée purulente et l'incision de la tumeur fémorale permit de vérifier le diagnostic; la collection crurale communiquait nettement avec la collection périprostatique par l'intermédiaire du trou obturateur (*voir obs.* 17).

Les observations 103, 31, 61, 105 et 106 sont à leur tour très concluantes au point de vue de la propagation *inguinale*. Dans le cas de Pigeaux (*obs.* 103), présenté à la Société anatomique en 1830, « la prostate formait une vaste poche pleine de pus dans laquelle s'ouvrait le canal déférent dilaté et rempli également de pus jusque vers l'anneau inguinal (1). » Ici la fusée purulente est, on le voit, spéciale, puisque le pus paraît avoir cheminé dans l'intérieur même du canal déférent, et je ne connais pas un seul fait semblable.

Les observations 31, 61, 105 et 106 diffèrent notablement du cas précédent.

Sur le malade de l'observation 31, on voit une fusée purulente, née autour de la prostate, suivre et entourer le canal déférent jusqu'au niveau de l'anneau inguinal in-

(1) Pigeaux, *Bull. Soc. anat.*, 1830, p. 188.

terne. A ce niveau, le pus ne s'était pas arrêté. Fusant, d'une part, le long du psoas et pénétrant, d'autre part, dans l'anneau inguinal qu'une vieille hernie maintenait béant, il avait gagné la région rénale droite et la partie inférieure du scrotum.

La disposition du foyer purulent était fort nette aussi sur le malade de l'observation 61. La collection purulente inguinale avait succédé à des phénomènes de phlegmon périprostatique. Le foyer incisé par M. Labbé communiquait avec un long trajet qui plongeait dans le petit bassin et gagnait la région prostatique.

Les deux observations de M. Reliquet (*obs.* 105 *et* 106) fournissent enfin deux exemples remarquables de diffusion inguinale. L'une d'elles (*obs.* 106) a trait à un homme de 52 ans chez lequel un abcès rétro-prostatique ouvert spontanément par le rectum, était néanmoins devenu le point de départ d'une fusée inguinale. L'abcès inguinal, incisé couche par couche, se prolongeait vers la région prostatique, et les injections détersives pratiquées dans l'intérieur du foyer ressortaient par l'anus. M. Reliquet a guéri son malade. L'autre observation (*obs.* 105) concerne un homme de 29 ans chez lequel M. Reliquet a pu suivre, pas à pas, la propagation d'un phlegmon périprostatique le long du canal déférent, aux tissus circonvoisins, au péritoine et au cordon en masse : c'était un « véritable phlegmon du ligament large de l'homme (1) ». Une complication singulière s'est produite chez ce malade : « le canal inguinal, y compris ses anneaux, fortement dilaté par le gonflement du cordon, est resté ouvert après

(1) Reliquet, *Union médicale*, nos du 26 février et du 5 mars 1870.

la résolution de l'inflammation du cordon. De là une hernie consécutive qui a guéri grâce au retrait des anneaux inguinaux ».

Ces migrations purulentes, ces propagations vers le trou obturateur et la région inguinale, trouvent leur trajet tout préparé par la texture spéciale du tissu cellulaire péri-déférentiel. Mais, dans certains cas, il y a tout lieu d'accorder au système lymphatique un rôle pathogénique important. Le ganglion qui existe entre le trou obturateur et le détroit supérieur, recevant une partie des lymphatiques prostatiques, donne à cette hypothèse un grand caractère de probabilité.

En 1877, M. Faucon (1) a fait une étude très complète de ces phénomènes de propagation, à propos de la *péritonite* et du phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique. Il a montré que ces deux complications doivent être considérées comme des effets éloignés de l'inflammation blennorrhagique propagée de l'urèthre au péritoine ou au tissu cellulaire sous-péritonéal par l'intermédiaire du canal déférent, des vésicules séminales ou *de la prostate*.

M. Peter (2) publiait, en 1856, une observation très intéressante à ce point de vue. Il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans (Louis Landais), entré le 4 juin 1856 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour y être traité d'une épididymite blennorrhagique siégeant à gauche. La blennorrhagie datait de quinze jours environ et l'épididymite de cinq jours. Le malade mourait le 20 juin avec des symptômes accentués de

(1) Faucon, *Arch. génér. de méd.*, 1877, vol. II, p. 385 et 345.
(2) Peter, *Union médicale*, 1856, p. 562.

péritonite. L'autopsie montra tous les caractères d'une péritonite généralisée. En pressant la prostate, on faisait sortir, par chacun de ses orifices glandulaires, une assez grande quantité de liquide purulent. De la prostate incisée, on faisait également sourdre une série de gouttelettes de pus qui s'échappaient manifestement des follicules prostatiques et non du parenchyme. La vésicule séminale gauche contenait du pus et le canal déférent était très injecté, ainsi que le tissu cellulaire ambiant; celui-ci, tuméfié et induré, adhérait intimement au péritoine qui le tapisse.

M. Faucon rapporte un fait du même genre, observé par M. le Dr Laforgue, de Toulouse, et dans lequel on voit une injection abortive, pratiquée au cours d'une blennorrhagie, provoquer une prostatite bientôt suivie de cystite, de phlegmon sous-péritonéal et de suppuration périnéphrétique.

Ces accidents n'ont pas une grande fréquence, et Ricord, au dire de M. Fournier (1), n'a vu la prostatite blennorrhagique se propager au péritoine que deux fois. Tout ce que nous avons dit montre cependant la gravité que la marche du phlegmon périprostatique peut emprunter à ces phénomènes de propagation inflammatoire magistralement décrits en 1845 par M. le professeur Broca (2).

Il me reste enfin quelques mots à dire des *cas exceptionnels*. Dans l'observation 17, nous voyons notés une *fusée purulente vers l'ombilic* et des phénomènes de propa-

(1) Fournier, art. *Blennorrhagie*, in *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. V, p. 203. Paris, 1866.

(2) Paul Broca, *De la propagation de l'inflammation*. Th. doct. Paris 1849.

gation vers la cavité prépéritonéale de Retzius. Ce fait est le seul que je connaisse. M. Horion (*obs.* 82) a publié, il est vrai, une observation d'abcès prostatique avec production ultérieure d'une fistule urinaire ombilicale, mais il n'y avait pas fusée purulente et le diagnostic de Nélaton fut : « dilatation de l'ouraque resté perméable ».

Quant à la *propagation prévésicale*, elle est de son côté extrêmement rare. Encore faut-il faire ici quelques réserves. Le malade de l'observation 17 offrait des conditions diathésiques spéciales : il était tuberculeux. De plus, le phlegmon périprostatique avait, dans sa diffusion, suivi des voies multiples (trou obturateur, ombilic); l'envahissement du tissu cellulaire situé au-devant de la vessie n'avait été qu'un phénomène secondaire, et M. Castañeda y Campos fait lui-même cette restriction : « que la tumeur vésicale n'était pas bien nette (1) ». Toutefois M. Guyon, à qui M. Castañeda y Campos doit cette observation, m'a confirmé le fait. La diffusion prévésicale du phlegmon périprostatique était indiscutable dans ce cas particulier, et, ne fût-ce qu'à titre d'exception, nous devons retenir la possibilité d'une propagation de cette nature (2).

M. Dransart a publié une observation dans laquelle un abcès périprostatique s'est ouvert dans le péritoine (*obs.* 53). Le malade, âgé de 35 ans, était entré à l'hôpital Cochin dans le service de M. Desprès. A l'autopsie, on reconnut tous les signes d'une péritonite, et, dans le cul-de-

(1) Castañeda y Campos, *Th.* Paris, 1878. p. 35.

(2) A l'observation XXVIII on trouvera un exemple de fusée purulente ayant, par exception, contourné la face externe de la prostate dans toute son étendue. Mais la cavité prépéritonéale était intacte.

sac péritonéal recto-vésical, on put constater une ouverture ronde, large de deux millimètres, par laquelle on faisait sourdre du pus venant de la prostate.

Enfin, les deux exemples les plus curieux de ces fusées insolites ont été observés par M. Guyon en 1869 et en 1872 (*obs. 4* et *obs.* 6).

Sur l'un de ces deux malades, l'abcès de la prostate communiquait à gauche avec le petit bassin. Les muscles, obturateur interne et pyramidal, étaient en partie détruits et baignaient dans un pus grisâtre et fétide; *le pus gagnait la fesse par l'intermédiaire de la grande échancrure sciatique* et contournait le grand trochanter dont la surface rugueuse baignait au milieu du pus. Dans ce cas, les attaches rectales des aponévroses latérales étaient détruites, l'espace pelvirectal supérieur était envahi. Je ne connais pas un seul fait analogue. L'excessive rareté des fusées de cette nature trouve, comme je l'ai dit, son explication dans la résistance et la solidité des attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate.

Sur le deuxième malade, la marche de la suppuration s'est montrée plus insolite encore. La prostate était le siège d'une caverne considérable, et le pus, contournant le col de la vessie sur sa droite, s'était porté en avant entre le col et la symphyse. Là, il était remonté derrière les tendons des muscles droits, en passant au-delà de la ligne médiane, au-dessus de l'aine gauche. Puis, suivant les fibres du transverse et décollant les couches musculaires de la paroi abdominale, *il avait gagné les insertions costales* de ce muscle et formait, à leur niveau, une collection purulente dont l'incision avait fait sortir 560 grammes de pus. Dans ce fait, dont la relation a été donnée à la Société

anatomique par M. Curtis (1), tous les signes commémoratifs et actuels concordaient pour faire croire à une suppuration périnéphrique résultant de l'une de ces pyélo-néphrites chroniques qui accompagnent si souvent les rétrécissements invétérés. Le toucher rectal n'ayant pas révélé l'état de la prostate, M. Guyon avait diagnostiqué une péricystite, mais on pensait que la phlegmasie s'était propagée de haut en bas et avait pris naissance au niveau du rein.

Les faits précédemment exposés montrent la gravité parfois exceptionnelle des abcès de la prostate. Mais il est encore d'autres circonstances susceptibles d'aggraver le pronostic.

La grande étendue de la destruction prostatique est de ce nombre. Lorsque la presque totalité du parenchyme glandulaire est ainsi détruite, il se forme une véritable *caverne* dans laquelle s'engagent l'urine et parfois les matières fécales. Les parois de la poche peuvent constituer un sac à parois coriaces peu disposées à revenir sur elles-mêmes. La cavité persiste indéfiniment et se tapisse d'une sorte de muqueuse pathologique analogue à celle des trajets fistuleux et dont la présence explique, dit-on, comment le contact de l'urine et des matières fécales ne donne lieu que rarement à des phénomènes inflammatoires. Dans les cas de ce genre, la caverne arrive à constituer une sorte de vessie surnuméraire dans laquelle pénètre l'urine au moment de la miction, et la pression sur le périnée, après cet acte, provoque la sortie par le méat d'une certaine quantité d'urine mêlée de sang et de grumeaux purulents.

(1) Curtis, *Bull. Soc. anat.*, 1873, p. 17.

La caverne prostatique peut persister seule avec une simple ouverture uréthrale ; elle peut, ailleurs, servir de carrefour à des trajets fistuleux qui font communiquer le canal avec le rectum ou le périnée ; en tout cas, elle prolonge toujours la durée de la maladie et peut même créer une infirmité définitive. Des suppurations interminables s'établissent, le moral des malades s'affecte au plus haut degré, leurs urines s'altèrent, leur visage devient comme cireux ; des troubles dyspeptiques graves se produisent et la mort survient, après une longue période de souffrance et de cachexie.

Velpeau a signalé la *gangrène* comme terminaison possible de la prostatite, et Béraud l'explique en disant « qu'il se passe là les mêmes phénomènes que dans les phlegmons sous-aponévrotiques (1) ». Mais, lorsqu'on songe au volume considérable que peut prendre la prostate, lorsqu'on réfléchit aussi qu'au niveau de sa face antérieure, la prostate ne peut rencontrer d'obstacle sérieux à une distension même excessive, on est conduit à reconnaître, avec M. Le Dentu, que l'étranglement invoqué par Béraud est assez problématique. Il y a tout lieu de penser que cette complication, lorsqu'elle existe, trouve sa raison d'être dans l'infiltration urineuse du tissu même de la glande. La seule observation que cite Béraud vient à l'appui de cette assertion : « A l'autopsie, on trouve dans la vessie une matière noire dont la source était dans la prostate, convertie en un foyer gangreneux au sein duquel existaient plusieurs calculs taillés à facettes et formés de couches super-

(1) Béraud. *Th. agrég.* Paris, 1857.

posées. » M. Le Dentu (1) conclut en disant qu'il n'est pas invraisemblable que la gangrène se produise dans des conditions analogues à celles qui l'engendrent ailleurs, telles que l'état cachectique, la débilité sénile, etc., etc.

Il faut enfin savoir que la riche vascularisation veineuse de la région prostatique expose les malades à la *phlébite*, à l'*infection purulente*. La phlébite périprostatique est plus fréquente qu'on ne le suppose généralement. Beaucoup de faits rapportés par Civiale sous la rubrique de : « Abcès survenus dans diverses parties du corps pendant le traitement des maladies de l'urèthre (2) », ne reconnaissent pas d'autre origine. Au dire de cet auteur, l'*Examinateur médical* a cité, en 1841, le cas d'un homme chez lequel une fausse route avait été faite dans l'urèthre, au-devant de la prostate, huit ou dix jours avant la mort. A l'autopsie, on trouva du pus « dans l'articulation des genoux et des épaules »; en outre, « l'une des veines crurales et axillaires était enflammée ainsi que les plexus veineux périprostatiques. » Civiale rapporte aussi l'observation d'un homme de 29 ans sujet à des difficultés d'uriner, par suite d'excès de boisson et de coït. Cet homme, observé par le D[r] Nick, vint à l'hôpital pour une rétention complète d'urine. Il fut cathétérisé, et, cinq jours après, il mourait après avoir eu une série de frissons et de vives douleurs au niveau des jointures. A l'autopsie, on trouva une infiltration séreuse étendue à tout le tissu cellulaire du pied droit, une cuillerée de pus sous le grand pec-

(1) Le Dentu, 2[e] vol. des *Mal. des voies urin.*, de Voillemier. Paris, 1880.

(2) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. 2[e] édition. Paris, 1850, t. I, p. 512.

toral gauche et un abcès du lobe gauche de la prostate.

Chez un calculeux dont M. Angier a présenté les pièces à la Société anatomique en 1874 et qui avait succombé à la suite d'un débridement du méat, l'autopsíe montra des abcès métastatiques nombreux dans les poumons et les deux reins. Il y avait quatre petits calculs dans la vessie et du pus dans la plupart des veines périprostatiques. L'un des lobes était lui-même abcédé à sa partie inférieure (1). Je pourrais facilement multiplier les exemples de ce genre, mais je veux simplement insister sur les relations de la phlébite et des abcès prostatiques.

Lorsque la prostate enflammée suppure, cette grave complication est toujours à craindre. La vascularisation propre de la glande n'est point ici en cause, car son tissu est pauvre en vaisseaux veineux. Le microscope le démontre, et les injections les plus fines dessinent à peine quelques arborisations dans l'épaisseur de sa trame; c'est là un point d'anatomie que j'ai vérifié à plusieurs reprises. L'imminence de la phlébite tient à une autre cause et trouve son explication dans les importantes connexions veineuses de l'organe. La nature exacte de ces connexions, la multiplicité et le volume des veines de la région sont connues de tous les anatomistes, et je n'ai pas à retracer ici l'histoire anatomique complète de ce riche plexus, fort bien décrit par M. le D[r] Gillette (2) sous le nom de plexus veineux pelvi-périnéal. Je désire cependant mettre en relief un fait anatomique qui touche trop directement à notre sujet pour être passé sous silence. Je veux parler de ce qu'on pourrait appeler les con-

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1874, p. 406.

(2) *Journal de l'anat. et de la phys.* de M. Ch. Robin, 1869, p. 470.

nexions veineuses, extrinsèques et intrinsèques, de la prostate. Cette glande n'est pas seulement en rapport intime avec les plexus qui recouvrent sa face supérieure et ses faces latérales; elle est en outre traversée, de part en part, par le plexus veineux que vient former le groupe des veines sous-muqueuses. Les injections colorées mettent facilement en évidence ce plexus sous-muqueux. Il se prolonge d'avant en arrière dans la partie correspondante du canal et sur toute la surface du col vésical. Lorsqu'il a été injecté (1), si l'on coupe transversalement la portion prostatique de l'urèthre, comme l'a conseillé M. le professeur Sappey, on remarque sur la surface de la coupe l'orifice de toutes les veinules qui le constituent, et « l'on peut juger de leur importance à leur nombre et à l'épaisseur de la couche qu'elles forment (2) ».

La fig. 1 de la Pl. I de cette Thèse reproduit une préparation de cette nature. Le plexus uréthral intra-prostatique se voit au centre même de la figure. Immédiatement au-dessous, on distingue un deuxième cercle vei-

(1) On peut injecter ce plexus avec une substance solidifiable introduite par le bulbe de l'urèthre et obtenir de beaux résultats. Mais il faut alors, comme l'a fait remarquer M. Sappey, soutenir pendant longtemps l'effort qui fait pénétrer le liquide, et bien souvent il survient des ruptures. On obtient des résultats plus constants en employant la méthode suivie par M. Gillette dans ses recherches sur les veines de la vessie. Elle consiste « à pousser par la veine dorsale de la verge, après avoir lié les deux veines fémorales et la veine cave inférieure, un litre et demi d'eau ordinaire colorée avec du bleu d'outre-mer en poudre, ou du jaune de chrome. Cette injection pénètre immédiatement dans les vaisseaux les plus fins de la muqueuse qui restent pleins de matière colorante, l'eau transsudant à travers les tissus. Les gros troncs doivent être aussitôt remplis par une injection de suif de la même couleur, ce qui a l'avantage d'empêcher les vaisseaux de moyen calibre de se vider. » GILLETTE, *loc. cit.*, p. 470.

La préparation représentée Pl. I, fig. 1, a été obtenue de cette manière

(2) SAPPEY, *Recherches sur la conformation extérieure et la structure de l'urèthre de l'homme*. Paris, 1854, p. 83.

neux moins important, mais constant lorsque les injections réussissent bien. Il correspond aux veinules qui occupent l'épaisseur de la muqueuse de l'utricule et des canaux éjaculateurs. La prostate, parfaitement saine, a été prise sur un homme jeune (30 ans environ); je l'ai choisi à dessein pour bien montrer l'importance de ce plexus intraprostatique, alors même que rien ne vient exagérer ses dimensions; mais il faut savoir que le développement de ce plexus intraprostatique est en raison directe de l'âge. Il est même fréquent de lui voir acquérir un volume assez notable pour qu'il puisse fournir un écoulement de sang abondant, sous l'influence d'une déchirure légère. Les uréthrorrhagies qui succèdent parfois au cathétérisme ne reconnaissent pas d'autre cause (1). En tout cas, l'existence de ces veines intra-prostatiques présente, à notre point de vue, une importance qui ne saurait échapper, et les détails qui précèdent montrent bien pourquoi la prostatite et la phlébite sont deux lésions trop souvent connexes.

Quant aux relations qui unissent la phlébite à l'infection purulente, elles sont ici plus évidentes que partout ailleurs. En effet, les veines de la région ne sont pas seulement remarquables par leur volume et leur nombre, elles présentent en outre, certaines dispositions de structure et de trajet qui rendent fort grave le pronostic de leur inflammation. « Toutes ces veines sont de véritables sinus à parois minces, facilement dilatables. Elles adhèrent d'une façon intime au tissu cellulo-fibreux qui, lorsqu'elles

(1) Sur deux malades que j'ai observés l'an dernier dans le service de M. Guyon, l'hémorrhagie a été considérable : elle a duré trois jours chez l'un d'eux et six jours chez l'autre.

le traversent, leur forme une véritable tunique. Elles se trouvent donc dans des conditions tout à fait spéciales. Quand elles sont coupées, elles restent béantes, rappelant vaguement l'aspect du tissu érectile. De là, des hémorrhagies en nappe après la taille, des phlébites... De là également des infections putrides, purulentes, etc. (1). »

Ces différentes considérations mettent en lumière la place qu'il faut donner à l'infection purulente dans le pronostic des abcès de la prostate. Sur 23 cas de mort relatés à la fin de ce travail, 9 sont dus à l'infection purulente. Il importait donc d'insister sur ce point spécial de pronostic que la plupart des auteurs se contentent de signaler rapidement.

Après l'infection purulente, les causes de la mort sont, par ordre de fréquence, pour les 14 autres observations : la suppuration prolongée (4 cas), la péritonite et la pyélonéphrite (3 cas); l'un des malades est mort avec des phénomènes de rétention (*obs.* 111), un autre avec du délire et des symptômes de parotidite suppurée (*obs.* 78); pour les deux derniers, la cause de la mort n'est pas spécifiée.

D. Desprès considérait l'apparition de phénomènes cérébraux graves comme un accident assez fréquent chez les vieillards atteints de prostatite aiguë. « Au bout de quelques jours la suppuration se déclare, le délire survient, bientôt le coma lui succède et le malade meurt dans une adynamie profonde (2). »

Begin (3) pense que, si la prostatite se complique de

(1) Gillette, *loc. cit. Journal de l'anat. et de la physiologie*, 1869, p. 485.
(2) Chassaignac, *Traite de la suppuration*. Paris, 1859, t. II, p. 429.
(3) Begin, art. *Prostatite*, in *Dictionn. de médec. et de chir. pratiques*, t. XIII, p. 598. Paris, 1835.

rétention, on peut voir succomber les malades en pleine période inflammatoire au milieu d'accidents très graves, tels que la fièvre, l'agitation et le délire, mais il n'apporte aucun fait à l'appui de son opinion.

En dernière analyse, et réservant une place aux phénomènes de propagation, on peut, à propos des abcès de la prostate, résumer les causes de la mort, comme le fait Chassaignac pour la suppuration en général :

1° Infection purulente;

2° Altération du pus et empoisonnement putride;

3° Épuisement par abondance et continuité de la suppuration ;

4° Propagations et fusées inflammatoires;

Le pronostic des suppurations prostatiques ressort des faits précédents.

Pour le déterminer, on prendra surtout en considération la gravité des complications immédiates et l'incurabilité propre à certaines lésions consécutives.

La guérison est la terminaison la plus fréquente : sur 114 observations, j'ai relevé 70 guérisons, 10 cas avec survie de trajets fistuleux et 34 morts parmi lesquelles 11 sont indépendantes de l'affection prostatique (*voir p.* 232).

La durée moyenne de la maladie, évaluée d'après 37 observations (*voir p.* 232), paraît être de 51 jours; mais ce chiffre est sans valeur et porte sur des éléments qui sont trop disparates pour permettre une comparaison. Les trajets fistuleux qui succèdent aux suppurations prostatiques peuvent en effet reculer la guérison de 12 à 15 mois et plus, alors qu'un phlegmon prostatique franchement incisé dès le début peut guérir en 12 jours.

Au point de vue de la marche et du pronostic il convient de distinguer quatre groupes d'abcès :

1° Ceux qui se cicatrisent rapidement ;

2° Ceux qui empruntent une gravité spéciale à la coexistence d'une autre affection des voies urinaires, telle que calculs, rétrécissements, etc.

3° Ceux qui se compliquent de diffusion et de propagation ;

4° Ceux qui détruisent la totalité de la glande et conduisent à la formation d'une caverne prostatique.

Il ne faut pas oublier que la guérison elle-même ne met pas à l'abri de tout danger. L'atrophie d'une portion plus ou moins étendue de la glande s'observe dans beaucoup de cas, et, si le plus souvent ce phénomène reste sans inconvénient immédiat, il se peut aussi qu'il entraîne à sa suite des troubles du côté des voies spermatiques.

Chez un malade soigné par le Dr Reimonencq (*voyez obs. XV*), il existait des troubles très marqués du côté de l'émission du sperme deux mois après la guérison d'un abcès prostatique : « le malade se plaignait d'une douleur aiguë pendant l'éjaculation, il avait remarqué que cette dernière était de moitié moins abondante qu'avant sa maladie. » La prostate était réduite au tiers de son volume, et il était parfaitement logique d'attribuer ces troubles de l'éjaculation à l'oblitération de l'un des conduits éjaculateurs.

On peut observer aussi quelques troubles consécutifs du côté de la miction. Deux de nos malades ont eu à souffrir d'un léger degré d'incontinence survenu à l'époque de leur convalescence. Ce symptôme a été passager sur l'un d'eux (*voy. obs. III*). Chez l'autre (*voy. obs. IV*), il per-

sistait encore vingt jours après son apparition. A ce moment, le malade a quitté l'hôpital, et je l'ai perdu de vue.

L'atrophie de la prostate peut d'ailleurs atteindre un degré extrême, et, sur un sujet qui depuis trois mois rendait de l'urine par le rectum, Lallemand a pu constater que la prostate était réduite à deux mamelons inégaux du volume de deux gros pois.

Enfin, en dehors même de la prédisposition qu'elle peut créer à l'hypertrophie chez le vieillard et à la dégénérescence tuberculeuse chez les sujets lymphatiques, la prostatite suppurée, même dans ses formes les plus bénignes, peut, comme l'a fort bien dit M. Fournier (1), laisser subsister une sorte d'état subinflammatoire des parties profondes de l'urèthre avec sensibilité anomale de la région et divers autres symptômes qui rappellent, sous une forme mitigée, les phlegmasies chroniques de cet organe.

(1) A. Fournier, article *Blennorrhagie, Dict. de médec. et de chir. pratiques.* Paris, 1866, t. V, p. 203.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le toucher rectal constitue la base du diagnostic des phlegmasies prostatiques. C'est un critérium aussi absolu que le toucher vaginal dans le diagnostic des affections génitales de la femme.

Les erreurs ou plutôt les absences de diagnostic dans les cas d'abcès méconnus pendant la vie, la gravité du pronostic pour quelques autres (*voir obs. XX*), ne reconnaissent bien souvent d'autre cause qu'un toucher rectal négligé.

Pour obtenir de ce mode d'exploration tous les renseignements désirables, il faut combiner le toucher rectal à la palpation hypogastrique. La position classique du décubitus latéral, avec flexion exagérée de l'une des cuisses, est ici défavorable. Le malade doit être couché sur le dos et le toucher rectal calqué sur le toucher vaginal. La main, qui est appliquée au-dessus du pubis, déprimant doucement la paroi abdominable et s'enfonçant aussi profondément que possible dans l'excavation pelvienne, empêche la prostate de fuir sous l'exploration de l'indicateur introduit dans le rectum. La prostate est, pour ainsi dire, saisie entre les deux mains, et l'on apprécie nettement toutes

les altérations de forme, de volume et de consistance qu'elle peut offrir.

Cette combinaison du toucher rectal et de la palpation abdominale est capitale, et, lorsqu'on la néglige, on peut méconnaître des engorgements prostatiques même considérables. On sait, en effet, que les grosses prostates peuvent prendre point d'appui sur le plancher pelvien et se déplacer de bas en haut sans faire de saillie notable dans le rectum (1).

Mon ami M. Paul Reclus (2) a écrit avec beaucoup de raison que, pour reconnaître une prostate malade, il était indispensable de posséder au préalable des notions très précises sur le siège et les caractères d'une prostate saine. Il pense que la prostate est saine lorsqu'elle se confond presque avec les tissus qui l'avoisinent, et qu'elle est au contraire malade lorsqu'on la sent nettement chez un adulte. Cette traduction des sensations perçues par le toucher rectal a le mérite de mettre en relief et d'exprimer en termes clairs une nuance de tact. Mais, pour qu'elle soit entièrement fidèle, il lui faut ce correctif, que la prostate se sent facilement et très bien, même chez les sujets jeunes et exempts de toute lésion prostatique. Sa consistance spéciale, analogue à celle du col utérin, et ses limites, surtout marquées en arrière, se laissent toujours reconnaître par la pulpe de l'index, lorsqu'on procède méthodiquement. A ce propos, je rappellerai que l'on doit introduire dans le rectum les deux premières phalanges de l'index explorateur en prenant le soin de ne pas enfoncer le doigt jusqu'à sa racine. Cette

(1) Monod, *Soc. de chirurgie,* séance du 5 septembre 1855.
(2) P. Reclus, *Du tubercule du testicule,* th. Paris, 1876.

dernière manœuvre, familière aux débutants, conduit sur le bas-fond vésical et sur les vésicules; mais on passe fatalement à côté de l'organe que l'on cherche. L'importance du toucher rectal légitime ces quelques détails.

Sur tous les sujets soumis à l'influence de l'une des conditions pathogéniques habituelles de la prostatite, il faut, à la moindre sensation de pesanteur anale ou périnéale, recourir à ce mode d'examen si l'on ne veut s'exposer à méconnaître les débuts d'une phlegmasie qu'un traitement bien dirigé peut enrayer dans sa marche.

On doit aussi ne pas oublier que certains abcès de la prostate demandent à être cherchés pour se laisser reconnaître. Une maladie intercurrente peut masquer les symptômes locaux de l'abcès; l'évolution d'une encéphaloméningite ou les symptômes d'un ramollissement cérébral ont ainsi fait croire à l'existence d'une rétention d'urine d'origine cérébrale, alors que la prostate était le siège d'abcès volumineux. La coexistence d'un rétrécissement de l'urèthre, d'une affection calculeuse de la vessie, ont conduit à des erreurs analogues. Ailleurs, la marche insolite du pus a fait méconnaître l'origine prostatique de certaines fusées purulentes. Enfin, on a vu « des abcès prostatiques, même considérables, ne causer pendant la vie que des sensations tellement vagues qu'on ne les soupçonne même pas, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on découvre les désordres (1). »

Au début d'une prostatite, il est difficile de décider si l'on est en présence d'une simple congestion ou d'une inflammation véritable de la glande. Ce diagnostic ne

(1) Civiale, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, 2e édit. Paris, 1850, t. II, p. 476.

peut être établi que par la marche des accidents.

Une fois constituée, la phlegmasie se laissera reconnaître à la violence des douleurs périnéales, à l'intensité des troubles fonctionnels, rétention, troubles de la miction, et surtout à la tuméfaction douloureuse de la prostate. A cette période de la maladie, le toucher doit être pratiqué avec la plus grande douceur. Il n'est pas rare de voir ce mode d'exploration provoquer des douleurs très vives avec spasme du sphincter anal. « Il faut largement enduire d'un corps gras l'orifice anal avant d'y présenter le doigt, qui sera également bien graissé. De cette façon l'introduction est toujours facile, exempte de douleurs, et le doigt peut être profondément poussé s'il est doucement introduit (1). »

Lorsque le pus est formé, c'est encore le toucher qui, seul, donnera des renseignements précis sur l'état de la glande, sur l'évolution ultérieure de la maladie et sur le degré de participation du tissu cellulaire périprostatique.

On n'oubliera pas que des collections purulentes assez volumineuses peuvent exister au sein du parenchyme prostatique, sans que le volume de la glande soit notablement modifié, mais cela est tout à fait exceptionnel. On a dit que les symptômes fonctionnels étaient très différents, suivant que l'abcès était cortical ou voisin de l'urèthre. Il est vrai que les symptômes vésicaux prédominent sur les phénomènes rectaux dans la prostatite et que les troubles de la défécation ont plus d'importance lorsqu'il s'agit d'un phlegmon périprostatique d'emblée; les phénomènes de rétention peuvent même faire défaut dans ce der-

(1) Guyon, *Éléments de chirurgie clinique*, Paris, 1873, p. 57.

nier cas. Mais la division tranchée que certains auteurs ont admise à propos des abcès intra-prostatiques est certainement trop schématique et l'exploration directe peut, seule, guider sûrement le diagnostic.

Lorsque toute la glande est détruite, la caverne prostatique se laisse facilement reconnaître par les sensations qu'elle donne au doigt, par l'ensemble des symptômes que nous avons décrits, et par les données que fournissent les instruments explorateurs introduits dans le canal. Quand la poche est pleine de pus, la fluctuation est manifeste. Ailleurs la prostate est flasque, aplatie, et les pressions qu'on exerce sur sa face rectale font refluer par l'urèthre le pus contenu dans le foyer.

Ce dernier phénomène s'observe aussi dans les cas de cavernes prostatiques à parois coriaces et indurées. Si la caverne communique avec l'urèthre, la vessie se vide en partie par le canal, en partie dans la poche qui se laisse distendre, puis l'urine s'échappe goutte à goutte, et l'on observe une variété d'incontinence qu'il est utile de savoir distinguer. En pénétrant avec l'extrémité d'une sonde dans une poche de cette nature, on a la sensation d'une cavité trop petite pour être la vessie, trop spacieuse pour n'être que l'urèthre dilaté. Chassaignac dit, à ce propos, que : « Lorsque l'esprit n'est pas prévenu de l'existence de ces cavernes prostatiques, on peut croire qu'on est arrivé dans une vessie rétractée et profondément altérée. Une telle méprise empêcherait de pénétrer dans la vessie et de remédier aux accidents qu'entraîne la lésion réellement existante (1). »

(1) Chassaignac, *Traité de la suppuration*. Paris, 1859, t. II. p. 430.

Lorsque les lésions prostatiques sont anciennes, lorsque les parties molles de la région sont indurées par des trajets fistuleux, et surtout lorsque le rectum lui-même participe aux phénomènes inflammatoires, ou se trouve le siège d'un rétrécissement, le diagnostic offre parfois de grandes difficultés. La paroi rectale se présente au doigt comme un mur calleux, induré ou déformé, et l'analyse des sensations perçues par le toucher seul devient très difficile. Dans les cas de ce genre, l'étude attentive des antécédents, l'exploration minutieuse du canal et des fistules, devront concourir pour une large part à la détermination exacte des lésions et de leurs causes.

Les trajets fistuleux peuvent être explorés avec une grande précision à l'aide des stylets et des injections colorées. Il est au surplus quelques symptômes qui ne laissent aucun doute sur la nature des lésions. L'issue de l'urine, par le rectum ou le périnée, est de ce nombre. L'urine sort par l'anus ou par les trajets fistuleux, au moment de la miction seulement. L'écoulement n'est pas incessant et se distingue par là de celui qu'on observe en cas de fistule vésico-rectale. On sait inversement que les matières fécales et les gaz venus du rectum peuvent s'engager dans la perte de substance prostatique et de là gagner le canal de l'urèthre. Sur l'un des malades de M. Guyon, l'issue des gaz rectaux par l'urèthre s'accompagnait d'un sifflement singulier, et j'ai observé un cas dans lequel la communication uréthro-rectale se révélait aussi par un phénomène assez curieux. Le malade, atteint de rétrécissement rectal et soumis à la dilatation par les mèches, rendait chaque jour par l'urèthre une quantité notable de cérat. (*Voy. obs.* 19.)

Les signes qui permettent le diagnostic des abcès prostatiques, à leurs différentes périodes, nous sont maintenant connus, et je puis aborder l'étude de leur diagnostic différentiel.

Quelques auteurs font le diagnostic différentiel de la prostatite et des *calculs* de la vessie ; et Thompson pense que, « dans la prostatite, il y a souvent un peu de sang à la fin de la miction comme dans la pierre (1) ». Une pareille confusion paraît difficile et je n'insisterai pas.

La *cystite* du col présente certaines analogies avec la prostatite, mais elle s'en distingue par une série de considérations que l'on trouve réunies dans le tableau suivant emprunté à M. Fournier (2).

DANS LA CYSTITE DU COL	DANS LA PROSTATITE
I. Ténesme vésical caractéristique, envies d'uriner fréquentes, impérieuses.	I. Ténesme vésical bien moindre, ténesme rectal plus accusé. (Ajoutons comme caractère important que la fréquence des mictions n'est pas augmentée.)
II. Miction spécialement douloureuse au moment où les dernières gouttes d'urine sont évacuées. A ce moment, épreintes convulsives caractéristiques.	II. Rien de semblable.
III. Dans les derniers temps de la miction, excrétion d'un liquide dysentériforme mélangé de pus et de sang ; souvent aussi, excrétion de sang pur.	III. Rien de semblable, urines normales.
IV. Simple sensibilité périnéale,	IV. Douleurs périnéales pro-

(1) Thompson, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, p. xxv, n *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, trad. française. Paris, 1874.

(2) Fournier, article *Blennorrhagie*, loc. cit.

douleur d'irradiation vers l'anus bien moins violente que dans la prostatite.	fondes, très vives, accrues par les mouvements, par la défécation etc., etc.
V. Prostate normale.	V. Au toucher rectal, tumeur prostatique très douloureuse, dure, etc., etc.,
VI. Pas de rétention d'urine.	VI. Dysurie, rétention d'urine.
VII. Peu ou point de symptômes généraux.	VII. Symptômes généraux assez accentués, fièvre, inappétence, etc., etc.,

Les différences symptomatiques sont, on le voit, assez nettes, et d'ailleurs le toucher rectal est là pour lever toute difficulté.

La *cowpérite,* soit à son début, soit à la période suppurative, peut en revanche, ne pas être aussi aisée à reconnaître. Cela est d'autant plus vrai que les conditions pathogéniqnes habituelles de la maladie sont les mêmes que dans la prostatite. La petite distance qui sépare les glandes peut aussi contribuer à augmenter les difficultés du diagnostic, surtout lorsqu'à une période avancée de la maladie, toute la région est devenue phlegmoneuse. On pourra cependant reconnaître presque toujours la non-participation de la prostate par le toucher direct. L'exploration méthodique du canal avec une bougie à boule fournira de son côté des renseignements précieux, en dénotant l'absence de phénomènes douloureux au niveau de la portion prostatique du canal.

D'ailleurs, la marche de la cowpérite présente certains caractères spéciaux. Il s'agit au début, comme l'a montré le professeur Gubler (1), d'une tumeur phlegmoneuse adhé-

(1) Gubler, *Des glandes de Méry et de leurs maladies chez l'homme.* Th. doct. Paris, 1849.

rente au bulbe, limitée au point occupé par les glandes de Méry et n'ayant originellement aucune communication appréciable avec l'urèthre. Enfin, suivant l'observation très juste de M. Le Dentu, le pus de la cowpérite pointe beaucoup plus rapidement vers le périnée que celui de la prostatite, et, de plus, les symptômes vésicaux sont toujours beaucoup moins accusés dans l'inflammation des glandes de Méry que dans celle de la prostatite. Ricord et Gubler vont même jusqu'à nier la possibilité d'une rétention complète dans la cowpérite. Mais c'est une exagération; car, sur neuf observations, Voillemier (1) l'a notée deux fois, et l'ancienne opinion de J.-L. Petit se trouve ainsi confirmée.

L'inflammation des *vésicules séminales* se reconnaîtra par la présence d'une ou deux tumeurs oblongues, résistantes, douloureuses, situées au-dessus de la prostate, et par les quelques symptômes qui semblent caractériser cette maladie (sperme rouillé, etc.).

M. Picard (2) pense que les sympexions contenus dans les vésicules séminales peuvent, lorsqu'ils sont trop volumineux, donner lieu à des symptômes douloureux susceptibles de créer certaines difficultés de diagnostic. Je ne crois pas que l'hésitation puisse être bien longue dans les cas de ce genre. Voici d'ailleurs l'observation rapportée par M. Picard à l'appui de son dire. Le malade, soigné par M. Reliquet, avait les conduits éjaculateurs oblitérés par les corps que nous venons de nommer. C'était un homme de 35 ans, qui avait éprouvé brus-

(1) Voillemier, *Traité des maladies des voies urinaires,* t. Ier (Maladies de l'urèthre), p. 46. Paris, 1868.

(2) Picard, *Traité des maladies de la prostate.* Paris, 1877.

quement, au moment de l'éjaculation, une vive douleur s'irradiant à l'anus et au périnée. Depuis ce moment, l'érection et même les désirs vénériens réveillaient la douleur. Il y avait eu absence complète de rapprochements sexuels. Du reste, le passage des matières fécales et de l'urine produisait aussi cette douleur. Deux mois après l'accident primitif, le malade n'avait plus de repos ; les douleurs se prolongeaient après les mictions devenues très fréquentes. Les urines étaient catarrhales. Au toucher rectal, la vésicule séminale gauche fut trouvée gonflée et dure, mais d'une manière uniforme, sans nodosités à sa surface. La pression sur ce côté était douloureuse. La vessie fut examinée avec un petit lithoclaste explorateur. L'exploration fut négative, mais aussitôt la sortie de l'instrument, un spasme violent de l'urèthre se produisit, qui dura pendant deux ou trois minutes, accompagné de cuisson extrêmement vive dans la verge et dans l'anus. Le malade, rejetant alors le liquide injecté dans la vessie, expulsa avec lui une grande quantité (40 environ) de petits corps de consistance molle, d'un blanc mat, gros comme une petite lentille ou comme une tête d'épingle, présentant des faces planes ou des angles mousses. Les corps examinés par M. le professeur Robin étaient des sympexions beaucoup plus développés qu'à l'état normal, et l'oblitération du conduit éjaculateur gauche était la cause de la distension de la vésicule séminale du même côté. Du reste, après l'expulsion des sympexions, le malade se rétablit parfaitement et les fonctions génito-urinaires revinrent à l'état normal.

Il est parfois difficile de savoir si une collection purulente prostatique renferme oui ou non des *calculs;* mais,

en général, le simple toucher rectal ou l'introduction d'un stylet, lorsqu'il existe un trajet fistuleux, permettront le diagnostic.

L'origine prostatique d'un écoulement purulent uréthral est suffisamment caractérisée par le mode d'écoulement du pus en dehors des mictions et par ces sortes d'éjaculations purulentes qui se produisent à intervalles variables. Lorsque le pus vient d'un *abcès vésical* ou d'une autre partie de l'appareil urinaire, son mélange intime avec l'urine empêche toute confusion. L'ouverture vésicale d'un abcès prostatique, terminaison fort rare, pourrait seule prêter à contestation.

La distinction des abcès chauds de la prostate et des *suppurations tuberculeuses* est souvent très difficile. Les symptômes fonctionnels sont parfois identiques, et l'exploration directe ne peut fournir aucun signe différentiel absolu.

Il convient cependant de distinguer ici deux groupes de faits correspondant, les uns au cas de tuberculose primitive de la prostate, et les autres aux cas dans lesquels la diathèse tuberculeuse, déjà vieille en date, s'accuse par des lésions pulmonaires ou génito-urinaires parfaitement accusées.

Dans les faits du deuxième groupe, l'hésitation ne saurait être longue. La suppuration de la prostate survient sans réaction vive sur un sujet déjà miné par les lésions génitales ou pulmonaires de la phthisie, et la nature tuberculeuse de la localisation prostatique s'impose d'elle-même.

Lorsqu'il s'agit au contraire d'une tuberculisation prostatique primitive ou consécutive à une simple tubercu-

lose vésicale, les difficultés du diagnostic deviennent plus sérieuses, et c'est par une étude minutieuse de tous les symptômes qui président à l'évolution du mal, que l'on peut arriver à se faire une idée nette sur la nature des lésions.

On sait avec quelle précision M. Guyon a déterminé les symptômes qui marquent le début de la tuberculisation urinaire. Leur exposition détaillée ne saurait trouver place ici. Il me faudrait, pour être complet, reproduire sans restriction l'étude remarquable que mon ami M. Tapret a faite du sujet, sous l'inspiration de notre commun maître, et je me contenterai de lui emprunter les quelques détails suivants sur la physionomie clinique habituelle de la tuberculisation prostatique primitive. Les différences qui séparent cette affection des suppurations insidieuses, mais non spécifiques de la prostate, apparaîtront ainsi avec netteté.

La tuberculose primitive ou isolée de la prostate affecte deux formes cliniques distinctes :

1° Une forme uréthrale ou uréthro-cystique (1) ;

2° Une forme rectale ou circonférentielle.

Dans la première, les granulations se montrent d'abord dans les portions qui avoisinent l'urèthre et le col de la vessie. Les manifestations ordinaires sont : l'hématurie précoce, les douleurs pendant la miction et le cathétérisme, la blennorrhée ou la prostatorrhée, la rétention spasmodique d'urine ; en un mot, les symptômes attribués généralement à la cystite ou à l'uréthrite tuberculeuse.

Dans la forme rectale, la maladie passe longtemps

(1) Tapret, *Arch. de méd.*, 1878, t. I de la VII[e] série, p. 522.

inaperçue et les sujets affectés ne réclament souvent les conseils d'un médecin que pour des affections concomitantes : cystite, uréthrite, induration de l'épididyme. Chez d'autres, le premier symptôme est une constipation mécanique ou du ténesme rectal. L'exploration méthodique de la prostate la montre alors hypertrophiée ou indurée, parfois normale dans une de ses moitiés et altérée dans l'autre. Çà et là, on y trouve des points durs, des bosselures acuminées, des foyers limités de ramollissement.

Dans certains cas, la glande est farcie d'un semis de granulations offrant au toucher la sensation de grains de plomb incrustés dans un parenchyme élastique ou rénitent.

Lorsque la lésion est plus avancée, lorsqu'une partie de la prostate est détruite par la suppuration, elle paraît au toucher diminuée de volume, mal limitée et scléreuse.

Dans la forme rectale ou même centrale, le cathétérisme ne donne aucun renseignement. Parfois cependant, comme l'a dit M. Delfau (thèse 1874), il se montre un gonflement du col de la vessie, la sonde est arrêtée au niveau de la prostate. Enfin, le bec de la sonde peut pénétrer dans une caverne prostatique et lever tous les doutes.

Le toucher rectal n'accuse rien dans la tuberculose de la portion uréthrale ; c'est à peine si, par ce moyen, on peut provoquer une légère douleur.

La tuberculose reste parfois limitée à la prostate. Béraud et Robin mentionnent un cas dans lequel elle mit six ans avant de se propager. Chez presque tous les malades, la granulation marche vers la caséification, et en dernier lieu la prostate se creuse de cavernes. Le professeur

Broca a rapporté un cas de transformation calcaire de toute cette glande, terminaison salutaire mais insolite.

En général, la maladie aboutit à la formation de trajets fistuleux qui s'ouvrent dans l'urèthre, à l'intérieur du rectum ou sur le périnée. C'est probablement ce qui a fait dire à Ricord, Dufour, Lebert, que beaucoup d'abcès de la marge de l'anus surviennent à la suite d'une prostatite tuberculeuse suppurée.

Lorsque les *kystes de la prostate* deviennent le siège de phénomènes inflammatoires, le diagnostic exact est difficile ou même impossible. L'histoire clinique de ces kystes prostatiques se réduit d'ailleurs à très peu de notions précises, et je ne puis que signaler ce point spécial.

Pour terminer cette étude, il me reste à parler des signes qui permettent de reconnaître les *suppurations périprostatiques*.

Le diagnostic du phlegmon périprostatique se confond avec celui de la prostatite. Les symptômes fonctionnels de ces deux maladies sont les mêmes. L'intensité variable des phénomènes vésicaux est la seule différence symptomatique à relever, et, pour l'une comme pour l'autre, le toucher rectal peut seul, en montrant le siège précis du mal, fournir les éléments du diagnostic général et différentiel. Ma tâche actuelle se résume donc à rechercher les signes qui séparent les *abcès périprostatiques* des *abcès intra-prostatiques* proprement dits.

Lorsque l'inflammation envahit d'emblée ou consécutivement le tissu cellulaire périprostatique, la tumeur phlegmoneuse qui fait saillie dans le rectum est toujours plus étendue que dans la prostatite simple; elle semble plus près de la muqueuse rectale dont la souplesse a dis-

paru. Les limites de la glande sont effacées: c'est un empâtement diffus, une plaque phlegmoneuse qu'on a sous le doigt. Ce dernier caractère est, on peut le dire, pathognomonique.

La fluctuation présente, à son tour, certains caractères spéciaux qui sont d'ailleurs communs aux suppurations extra et intra-prostatiques. Le pus se collecte souvent par points isolés comme dans les nappes purulentes diffuses, et, lorsque le doigt rencontre un foyer, il n'a pas la sensation d'un flot. On perçoit un point mou, dépressible, à bords nets, et la sensation qu'on éprouve ressemble beaucoup à celle que donnerait un carré d'étoffe mal tendu sur un petit cadre rigide. Ce caractère de la fluctuation s'observe presque toujours dans les périodes suppuratives initiales. Plus tard la quantité de pus augmente, des décollements étendus se produisent et la fluctuation est franche. A une époque plus avancée de la maladie, lorsque survient la période fistuleuse, cette sensation particulière d'étoffe mal tendue se retrouve et donne alors des notions précises sur le degré de destruction des tissus et sur l'étendue des décollements.

Lorsque la suppuration est exclusivement intra-prostatique, les sensations fournies par le toucher sont tout autres. La paroi rectale a conservé sa souplesse. La glande est seule malade, et, si volumineuse qu'elle puisse être, il est presque toujours possible de retrouver ses limites. Si la fluctuation se laisse reconnaître, c'est encore une dépression molle, avec bords abrupts, qui cède sous la pulpe du doigt explorateur. Mais, à côté d'elle, on sent, comme le dit M. Le Dentu, une tumeur dure et convexe. On reconnaît en un mot la glande, et rien ne rappelle l'em-

pâtement et la plaque phlegmoneuse de la prostatite phlegmoneuse diffuse.

Les caractères de la tumeur rectale sont donc très différents dans les deux cas et le diagnostic n'offre pas de difficulté. On distinguera toujours un abcès intra-prostatique d'une suppuration périprostatique.

Il est en revanche beaucoup plus difficile de reconnaître la coexistence d'une collection intra-prostatique et d'une collection extra-prostatique. Dans certains cas, le toucher rectal permet de surprendre à ses débuts la diffusion d'une suppuration jusque-là exclusivement intra-prostatique *(voir obs. III)*, mais c'est l'exception. En présence d'un phlegmon suppuré périprostatique, on peut donc parfois affirmer la participation de la glande au processus suppuratif; mais il est presque toujours impossible de la nier résolument.

Au surplus, la précision absolue du diagnostic dans les cas de ce genre n'a pas d'utilité pratique. La suppuration intra-prostatique, si elle existe, importe peu. Le phlegmon périprostatique domine la scène au double point de vue du pronostic et du traitement, et c'est lui seul qu'il faut savoir reconnaître.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le rôle important qui revient aux causes occasionnelles dans l'étiologie des abcès de la prostate montre que les malades atteints d'écoulements uréthraux doivent observer certaines règles générales, principalement basées sur la proscription de tout ce qui peut être un excès. Il y a, en un mot, comme une sorte de traitement prophylactique des abcès de la prostate que je dois signaler sans insister davantage. Il suffit, pour l'embrasser dans l'ensemble et le détail, de jeter un coup d'œil sur l'étiologie accidentelle des suppurations prostatiques.

Le traitement applicable aux phlegmons prostatiques doit ètre envisagé à deux époques différentes de la maladie. Il faut étudier les indications thérapeutiques qui surgissent au début de la phegmasie et celles que réclame la période suppurative.

Pour terminer, je parlerai du traitement des complications et je passerai en revue les différents moyens préconisés pour la cure des fistules prostatiques.

Lorsque des phénomènes phlegmasiques francs se déclarent du côté de la prostate, il faut d'emblée recourir à un traitement antiphlogistique énergique. Vidal de Cas-

sis (1) et d'autres auteurs ont relaté une série de faits qui ne laissent aucun doute sur l'efficacité réelle de cette méthode au début de la prostatite. L'observation suivante, empruntée à la thèse de Dugas (2), nous servira d'exemple :

Dans la nuit du 17 au 18 janvier 1830, M. X..., capitaine aux lanciers de la garde, eut une brusque rétention d'urine, provoquée sans doute par de récentes et copieuses libations. Quelques jours avant, le malade avait supprimé une ancienne blennorrhagie par des injections astringentes et s'était fortement heurté le périnée contre le pommeau de sa selle. Appelé en toute hâte, M. Dugas fait appliquer quarante sangsues au périnée. Il ordonne un bain de deux heures pendant lequel la miction s'effectue seule. La prostate était grosse, douloureuse; il y avait de la fièvre, et le malade souffrait beaucoup. Le 19 et le 20, on renouvelle l'application des sangsues. Le 21, le malade urinait seul, et, le 26, huit jours après le début des accidents, la guérison était complète. La prostate avait retrouvé son volume normal.

Ainsi, au début de la prostatite aiguë, le traitement antiphlogistique est formellement indiqué. Le repos au lit sera rigoureusement prescrit; on conseillera la diète ou, suivant les cas, une alimentation très légère; on usera largement des boissons émollientes, et tous les efforts seront tentés pour enrayer la marche de l'inflammation.

Les émissions sanguines constituent, à ce point de vue, une arme puissante et trop délaissée. Toutes les fois que

(1) Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*, 4e édit. Paris, 1855, t. IV, p. 639.

(2) Dugas, *Thèse*. Montpellier, 1832, p. 34.

la chose sera possible, on donnera la préférence aux émissions sanguines locales; c'est sur le périnée que les sangsues seront appliquées, et cela au nombre de vingt à trente. On favorisera l'écoulement sanguin par des bains de siège tièdes de huit à dix minutes et par l'application de larges cataplasmes. Sur les sujets jeunes, vigoureux, alors que le pouls est plein, rapide, la température élevée, ce traitement sera institué avec la plus grande énergie. En général, les phénomènes inflammatoires s'amendent aussitôt, les douleurs diminuent et l'urination redevient normale. Parfois il n'y a qu'un peu d'accalmie, et, suivant l'état général, une nouvelle application de sangsues peut être nécessaire. Comme dans la plupart des phlegmasies aiguës, les émissions sanguines n'ont de valeur que pendant les cinq ou six premiers jours et surtout pendant les quarante-huit premières heures.

Bégin (1), voulant agir plus directement sur la prostate, recommandait d'appliquer des sangsues sur la face postérieure de cet organe à l'aide d'un spéculum spécial. Quelques chirurgiens ont préconisé cette méthode; mais elle est certainement défectueuse. M. Le Dentu en a fait récemment l'expérience. Il s'est servi du spéculum de Bégin sur deux malades « dont la prostate n'était cependant pas sensible au toucher » et s'est asssuré « qu'il avait de grands inconvénients. Comme il faut nécessairement que le spéculum pénètre jusqu'à la base de la prostate et qu'il reste en place jusqu'à la chute des sangsues, son introduction est toujours extrêmement douloureuse et les malades en supportent très difficilement la présence. De plus, l'échan-

(1) Bégin, article *Prostatite*, in *Dict. de médec. et de chirurg. pratiques*. Paris, 1835, t. XIII, p. 598.

crure du spéculum est trop étroite pour permettre de poser aisément les sangsues et surtout d'en appliquer un nombre convenable (1). » Sur chacun de ces deux malades, M. Le Dentu en a placé quatre « avec grand'peine ». Au surplus, cette soustraction directe du sang sur l'organe malade est inutile. On sait en effet que le périnée, la partie interne des cuisses, la paroi abdominale inférieure, constituent une véritable zone d'élection pour les émissions sanguines que réclament les phlegmasies des organes contenus dans le petit bassin.

Les ventouses trouvent ici leur indication, et ce n'est qu'une question de topographie qui peut leur faire préférer les sangsues.

M. Jullien a préconisé tout récemment l'emploi de la glace dans le traitement de la prostatite à son début. « Renfermée dans un sac de baudruche bien graissé, la glace doit être introduite dans le rectum où elle est maintenue et renouvelée pendant dix-huit ou trente heures. » Mais l'auteur nous apprend lui-même que sa méthode, « dictée par le raisonnement et l'analogie, n'a point encore reçu la sanction de la pratique (2) ».

Les émissions sanguines restent donc, pour la prostatite, le seul traitement abortif efficace ou démontré tel, et c'est le seul que nous puissions adopter.

Une deuxième indication à remplir au début d'une prostatite, c'est de combattre les troubles fonctionnels locaux. Les souffrances sont parfois intolérables. Les suppositoires à l'extrait thébaïque, à l'extrait de belladone, sont d'une application difficile en raison de l'éréthisme

(1) Le Dentu, *loc. cit.*
(2) Jullien, *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1879, p. 133.

douloureux de l'extrémité rectale inférieure. On aura plus facilement recours à l'emploi des pommades calmantes. Mais les larges cataplasmes, les grands bains et les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine fourniront ici les résultats les meilleurs.

La constipation est habituelle à cette époque, et les matières fécales accumulées dans le rectum augmentent les douleurs. Il faut donc veiller avec soin à la régularité des fonctions intestinales, et maintenir la liberté du ventre à l'aide de purgatifs légers (l'huile de ricin de préférence).

Enfin, les phénomènes de rétention doivent être combattus par les moyens appropriés.

La rétention n'est pas toujours complète, et le malade souffre parfois d'une dysurie qui ne laisse écouler l'urine que goutte à goutte. « Quelque pressant que soit le besoin d'uriner, disait J.-L. Petit, il faut commencer par faire une grande saignée au malade; on la réitère même une demi-heure après, et quelques moments ensuite on essaye la sonde, qui pour l'ordinaire passe avec facilité (1). » Lallemand formule le même précepte. Le *modus faciendi* de ces grands chirurgiens ne saurait être suivi, l'indication formelle est de vider la vessie.

Le cathétérisme n'est point toujours facile, et J.-L. Petit avait parfaitement reconnu ces difficultés. « La prostate, dit-il, est le plus ordinaire obstacle que puisse rencontrer la sonde en arrivant au col de la vessie; c'est pour cela que, pour faire entrer la sonde, il faut baisser son bout externe, pour faire glisser l'autre bout sur la prostate, qui la dirige sous l'os pubis. Tous ceux qui se mêlent

(1) J.-L. Petit, *loc. cit.*

de sonder ne pensent pas de même : plusieurs s'imaginent que le bout de la sonde heurte contre un pli, d'autres croient heurter contre une excroissance ou carnosité ou contre le verumontanum, et ceux qui accusent la prostate craignent de la blesser, ce qui arriverait effectivement s'ils ne baissaient le bout externe du côté de l'arcade de l'os pubis, faisant passer avec douceur le dos de la sonde sur la prostate. *Ce mouvement de la sonde est ce qu'il y a d'essentiel dans l'art de sonder.* »

Il est difficile d'expliquer plus clairement la nature des obstacles qui s'opposent à la pénétration de la sonde dans la vessie, en cas de tumeur prostatique.

L'usage des instruments métalliques doit être ici proscrit. Il faut recourir aux sondes molles et peu volumineuses (sondes en caoutchouc ou sondes en gomme). Les sondes coudées que Leroy d'Étiolles a fait construire en gomme, d'après le modèle de Mercier, et que l'on désigne sous le nom de sondes à béquilles rendront de précieux services. On peut les employer seules ou armées d'un mandrin coudé. « L'usage du mandrin permet un artifice que plusieurs chirurgiens ont préconisé depuis Desault et dont Dupuytren faisait fréquemment usage (1). » Cette petite manœuvre consiste à faire glisser la sonde sur le mandrin maintenu immobile dès qu'on est arrivé sur l'obstacle prostatique. Agissant ainsi, « on conduit une sonde rigide jusqu'à la prostate, et on transforme la sonde rigide en une sonde molle susceptible de se prêter à une direction irrégulière du canal de l'urèthre dans la prostate, pour le moment où l'on franchit la prostate » (2).

(1) Guyon, *Éléments de chirurgie clinique.* Paris, 1873, p. 413.
(2) Desprès (A.), *la Chirurgie journalière.* Paris, 1877, p. 463.

A l'aide de ces différents moyens, on réussit presque toujours à vider la vessie. Mais, « plus que jamais, la main du chirurgien doit obéir : c'est le canal qui dirige la sonde, et la main n'a qu'une influence directrice très bornée. Alors même que la déviation du canal a été reconnue, c'est par la forme et la nature de l'instrument, beaucoup plutôt que par la manœuvre, que l'on obtient telle ou telle direction dans la marche de la sonde (1) ».

Si, par exception, l'obstacle prostatique était insurmontable ou paraissait demander une violence quelconque de manœuvre, la ponction aspiratrice de la vessie avec une aiguille capillaire trouverait immédiatement ses indications. Un cathétérisme dans lequel les règles de la plus excessive douceur ne sont pas scrupuleusement observées est toujours une opération détestable. Quant à la ponction aspiratrice, elle constitue une méthode parfaitement inoffensive qui peut être répétée à plusieurs reprises sans le moindre danger pour le patient.

En résumé, combattre les phénomènes douloureux, éviter les phénomènes de rétention, lutter contre la marche du processus inflammatoire par une médication antiphlogistique générale et les émissions sanguines locales, telles sont les bases du traitement initial des phlegmasies prostatiques.

Si les phénomènes inflammatoires persistent, la suppuration s'établit, et, dès le début de cette période, la nécessité d'une intervention hâtive et complète s'impose comme indication première. Elle peut seule prévenir les fusées purulentes, les décollements étendus et s'oppo-

(1) Guyon, *Éléments de chirurgie clinique*. Paris, 1873, p. 407.

ser en un mot au cortège des accidents graves qui, 23 fois sur 115 observations, ont entraîné la mort. (Voir p. 232.)

Le pus des abcès prostatiques est accessible dans trois régions : dans le canal de l'urèthre, dans le rectum et au périnée. De là, trois variétés de l'intervention chirurgicale, trois opérations qui doivent être exécutées suivant certaines règles utiles à préciser dès maintenant.

L'ouverture des abcès prostatiques dans l'urèthre est, nous le savons, fréquente, mais elle se produit le plus souvent spontanément, ou accidentellement pendant le cathétérisme. Lorsqu'on est conduit, par exception, à provoquer volontairement l'*ouverture uréthrale*, le procédé opératoire est le suivant : la saillie fluctuante étant reconnue, on introduit l'index dans le rectum, et, tandis qu'on « pousse la prostate d'arrière en avant, de manière à la faire saillir du côté de l'urèthre, on pratique le cathétérisme de l'autre main. La sonde ne tarde pas à être arrêtée par la saillie que fait la prostate, et il suffit de la presser contre l'obstacle pour qu'elle pénètre dans l'abcès (1) ». Quant à la sonde conique proposée par Velpeau, elle doit être repoussée. L'emploi d'un instrument aussi puissant ne pourrait être légitimé que par l'épaisseur des tissus à traverser ; et, lorsque la paroi uréthrale des abcès est épaisse, l'ouverture par le canal est contre-indiquée.

Nous ne parlons pas de l'*ouverture vésicale,* parce que l'ouverture préméditée des abcès prostatiques par la vessie est tout à fait exceptionnelle. Depuis le fait remarquable de J.-L. Petit, plusieurs cas de ce genre ont été publiés. Mais, en lisant avec soin les observations, on voit, sui-

(1) Le Dentu, *loc. cit.*

vant la remarque de M. Le Dentu, « que le chirurgien explorait la vessie sans avoir d'intention bien arrêtée; que, sentant une tumeur, il exerça sur elle une pression très modérée, et que, s'il ouvrait l'abcès, c'est que celui-ci était tout près de s'ouvrir spontanément. »

L'*incision périnéale*, lorsqu'elle est indiquée, doit être pratiquée avec hardiesse et réunir, par ses dimensions, toutes les conditions nécessaires au libre écoulement du pus. Les incisions courtes ou les ponctions dont parle Otto Stoll (1) sont des opérations toujours inutiles et souvent dangereuses. Les règles opératoires sont les mêmes que dans le premier temps de la taille prérectale.

L'*incision par le rectum* s'exécute à l'aide d'un bistouri droit que l'on dirige avec l'index gauche. L'emploi d'un spéculum est inutile et ne permet pas de choisir avec toute la précision nécessaire le point sur lequel on doit inciser. Il faut, comme le fait M. Guyon, placer le malade en travers sur son lit, les jambes tenues par deux aides. L'opérateur, placé entre les cuisses du malade, introduit, jusqu'au point fluctuant de la prostate, son index préalablement enduit de cérat et prend, de la main droite, un bistouri droit ordinaire dont la pointe, cachée dans une boulette de cire, est en outre limitée par quelques tours d'une bandelette de diachylon. Il glisse à plat, sur son index gauche, l'instrument ainsi préparé, puis, abaissant le manche et relevant la pointe que la pulpe du doigt pousse et dirige, il pratique une incision aussi étendue que possible à la poche fluctuante. Cette incision rectale peut être suivie d'hémorrhagies inquiétantes. Sur un

(1) Otto Stoll, *Zur pathologie und therapie des acuten prostataabscesses*. Zurich, 1877.

malade de M. Guyon (*voir obs. XIX*) il fallut recourir au tamponnement pour arrêter l'hémorrhagie; M. Le Dentu relate un fait analogue. Lorsque l'écoulement sanguin acquiert de semblables proportions, il est certainement d'origine artérielle. Les artères de la région, très grêles et incapables de fournir une hémorrhagie durable à l'état normal, peuvent en effet se distendre sous l'influence du processus inflammatoire, et donner au doigt cette sensation de pouls rectal dont j'ai parlé. Dans ces conditions, la possibilité d'une hémorrhagie sérieuse s'explique facilement. Le sang peut aussi provenir des veines hémorrhoïdales et s'écouler en quantité notable; mais ici l'hémorrhagie s'arrête spontanément ou sous l'influence de quelques irrigations froides.

Ces faits montrent qu'on ne doit jamais ouvrir un abcès de la prostate par le rectum sans avoir minutieusement exploré la région. Il faut toujours s'assurer, par le toucher, qu'il n'existe *aucun battement* là où le tranchant va porter.

Telles sont les trois méthodes opératoires applicables à l'ouverture des abcès prostatiques. Envisagées au point de vue de leur valeur intrinsèque, elles doivent être considérées comme trois méthodes susceptibles de donner de bons résultats.

Que l'incision soit pratiquée par l'urèthre, par le rectum ou par le périnée, le pronostic d'un abcès prostatique reste bénin toutes les fois que l'intervention chirurgicale satisfait à cette condition expresse d'être précoce.

Il faut savoir, cependant, que la valeur comparative des trois procédés est loin d'être la même. Les observations

démontrent qu'une incision précoce, par le rectum ou par le périnée, place le malade dans des conditions bien supérieures à celles qui existent lorsque le pus trouve son chemin du côté de l'urèthre. De ce fait clinique, il est malheureusement impossible de déduire une règle absolue pour le choix de l'une des trois méthodes au détriment des deux autres.

Malgré les avantages considérables de l'ouverture périnéale, par exemple, on ne saurait, de parti pris, fendre le périnée d'un malade pour une suppuration prostatique *présumée*. Pour que l'intervention par le bistouri soit légitime, il faut un diagnostic certain; il faut être sûr de trouver du pus, et le chemin qu'on doit lui tracer est, dès lors, subordonné à des indications variables, suivant les cas particuliers. Il faut surveiller ses malades avec le plus grand soin, les toucher, les explorer attentivement, et, la seule règle absolue, c'est d'inciser à temps, là où le premier *indice de suppuration* se laissera percevoir.

Nous repoussons à dessein le mot de *fluctuation*. Attendre la fluctuation vraie pour intervenir, c'est inciser trop tard. Du côté du rectum, le premier indice de suppuration se traduira par cette sensation de dépressibilité spéciale, analogue à celle que donnerait un petit carré d'étoffe mal tendu sur un cadre rigide. C'est un petit point mou, que la pulpe du doigt rencontre, en explorant la plaque dure du phlegmon ou la convexité non moins résistante de la prostate enflammée. La propagation périnéale se révélera au doigt, par l'extension des limites inférieures de l'empâtement périprostatique, au-dessous du niveau de l'aponévrose moyenne. L'intensité du point douloureux prérectal sera de même très significative, et,

lorsqu'il existe en même temps de l'œdème périnéal, on ne doit conserver aucun doute. Quant aux sensations perceptibles par le cathétérisme, elles se réduisent à la notion d'une sorte de rénitence kystique difficile à bien apprécier. L'état général du malade, l'acuité des douleurs, l'apparition de petits frissons, l'intensité de la fièvre, devront, à leur tour, contribuer au diagnostic.

Il m'est difficile de préciser davantage, et la détermination plus absolue du moment où l'intervention s'impose, reste question d'initiative personnelle et de tact chirurgical.

Dans l'interprétation des faits particuliers, on se rappellera qu'il faut inciser par le périnée ou par le rectum toutes les fois que les circonstances le permettent.

Pour les phlegmons périprostatiques, cette manière de procéder s'impose d'elle-même, et l'on ne peut hésiter qu'entre l'ouverture rectale et l'incision périnéale. L'une et l'autre fourniront d'excellents résultats. Si la collection pointe vers le rectum et n'offre *aucune tendance* à fuser vers le périnée, on lui donnera issue par l'intestin. Dans le cas, au contraire, où le pus, tout en laissant percevoir sa présence par le rectum, semble vouloir dépasser le niveau de l'aponévrose moyenne, on incisera par le périnée. En procédant ainsi, Demarquay a obtenu la guérison d'un phlegmon périprostatique en neuf jours (*voir obs.* 46).

En cas d'abcès intra-prostatique reconnaissable par le toucher rectal, et malgré l'absence complète de toute diffusion prostatique, on incisera par le rectum sans jamais se fier à la bénignité relative des ouvertures uréthrales spontanées.

Enfin, dans le cas où le cathétérisme ferait percevoir

une petite poche fluctuante au niveau de la région prostatique, on ne sera autorisé à l'ouvrir volontairement par cette voie que si l'exploration de la face postérieure de la glande restait absolument négative. La réunion de ces deux conditions est, on le conçoit, rarement observée ; car il est difficile qu'un abcès assez volumineux pour se laisser percevoir par le cathétérisme échappe entièrement au toucher rectal. Les indications de l'ouverture uréthrale sont donc exceptionnelles. L'évacuation par l'urèthre est presque toujours accidentelle ou spontanée ; sur les malades bien observés, elle ne se produira que pour les abcès sous-muqueux peu volumineux, et c'est d'ailleurs le seul cas où son pronostic soit réellement bénin.

Le rôle du chirurgien ne se borne pas à donner issue au pus, et lorsque les abcès prostatiques sont incisés ou se sont ouverts spontanément, il faut surveiller attentivement la marche ultérieure de la maladie, lutter contre les complications toujours possibles, et activer la cicatrisation.

Les accidents qui surviennent du côté de la vessie, du rectum, des reins ou du péritoine, réclameront une médication appropriée sur laquelle je n'ai pas à insister.

L'infection purulente et la péritonite suraiguë resteront, le plus souvent, au-dessus des ressources de l'art. En outre, il faudra puiser largement à la médication reconstituante pour permettre au malade de faire face aux frais de suppurations souvent excessives ou prolongées.

Les fusées purulentes seront surveillées avec la plus grande attention et devront être incisées vite et largement. Le libre écoulement du pus sera, dans tous les cas, assuré par les moyens d'usage. Les injections détersives et désinfectantes rendront de précieux services. Elles ont

permis à M. Reliquet de guérir en trois semaines un homme de 52 ans, chez lequel une suppuration périprostatique avait perforé la muqueuse rectale et envahi la région inguinale. Deux fois par jour, des injections d'eau phéniquée étaient pratiquées dans le trajet inguino-rectal, et, matin et soir, le malade se faisait lui-même une irrigation rectale. Ces irrigations rectales étaient prolongées une heure chaque fois, et se faisaient à l'aide d'un instrument spécial construit par M. Collin sur les indications de M. Reliquet. « C'est un cylindre terminé par un renflement en boule ; l'hémisphère terminal de cette boule est couvert d'orifices larges ; l'orifice central laisse passer une sonde en gomme qui traverse tout le cylindre métallique dans un canal indépendant. Cette sonde est destinée à porter très haut dans le rectum le liquide de l'irrigation. Les trous qui entourent la sonde sur la boule métallique reçoivent le liquide d'irrigation immédiatement au-dessus de l'anus; ce liquide pénètre dans la cavité du cylindre et sort à l'extérieur par un pavillon distinct (1). »

Ces données générales du traitement, en cas de complications, ne peuvent nous arrêter plus longtemps, et je dois surtout insister sur la conduite à tenir au point de vue de l'abcès en lui-même et de sa cicatrisation.

Les cas où l'ouverture de l'abcès est unique sont, on le conçoit, particulièrement favorables.

Les trajets périnéaux ou rectaux jeunes, ceux qui suivent l'ouverture spontanée et récente d'un abcès prostatique, et ceux qui succèdent à une incision précoce, se cicatrisent seuls dans la majorité des cas. Parfois, un peu de

(1) Reliquet, *Union médicale*, n^os du 26 février et du 5 mars 1878.

lenteur du processus réparateur peut exiger l'emploi d'injections irritantes, et la guérison survient encore rapidement.

En cas d'ouverture exclusivement uréthrale, le pronostic est de même favorable. On s'est exagéré le danger de la pénétration de l'urine dans la cavité de l'abcès; je pourrais le répéter avec M. Le Dentu, « chez tous les malades que nous avons observés, l'urine ne pénétrait pas dans la poche, ou, du moins, rien n'indiquait qu'elle y pénétrât pendant les premiers jours. Le pus sortait librement par l'urèthre. Plus tard l'écoulement s'arrêtait par intervalles, sans doute quand l'ouverture de l'abcès se fermait; puis il reparaissait de moins en moins abondant pour cesser complètement de couler au bout d'un mois environ. » Il n'y a donc pas indication à détourner les urines par le cathétérisme.

En revanche, il peut se faire, surtout chez les sujets à grosse prostate, que la réapparition fréquente des phénomènes de rétention exige une intervention spéciale. Dans les cas de ce genre, il y a tout avantage à recourir à l'usage de la sonde à demeure. Cette pratique a toujours donné de bons résultats à M. Guyon. Si l'abcès communique avec la vessie, l'indication de la sonde à demeure se pose encore. Il faut en outre imiter la pratique de J.-L. Petit et procéder à des lavages quotidiens de la cavité vésicale.

Pour les cas simples, les différents moyens que nous venons de passer en revue suffisent à la guérison.

Lorsque la suppuration se prolonge, lorsque *la fièvre persiste*, on doit en chercher la raison dans la disproportion des dimensions comparatives de la cavité suppurante

et des orifices par lesquels s'écoulent les produits de la suppuration. Il faut alors, sans hésitation, élargir le trajet rectal ou périnéal, créer une voie suffisante pour le libre écoulement du pus, et l'on voit aussitôt la fièvre cesser et la guérison survenir. Dans un cas d'abcès prostatique volumineux ouvert spontanément dans l'urèthre, et compliqué de phénomènes de propagation vers le péritoine (*voir obs. XVIII*), Lallemand, pour vider à coup sûr le foyer prostatique, incisa par le périnée et fendit la glande comme dans la taille bilatérale. Dès le lendemain l'amélioration générale était considérable, et, deux mois après, la guérison était complète.

La conduite de Lallemand devra être imitée toutes les fois qu'il y aura lieu d'attribuer la continuation des accidents aux dimensions et à la configuration du clapier prostatique.

Jusqu'ici, nous avons trouvé des indications chirurgicales nettes et des résultats presque certains; mais les choses ne suivent pas toujours une marche aussi simple. Sous l'influence de causes diverses (intervention chirurgicale tardive, incomplète ou absente, mauvais état général du sujet, multiplicité des trajets purulents, étendue des décollements, passage de l'urine dans le foyer, suppuration continue), les clapiers s'organisent et la période fistulaire vraie se constitue. Il me faut donc, pour terminer ce travail, rechercher les moyens susceptibles d'obtenir la cicatrisation et la guérison dans les cas de ce genre.

Par exception, on peut se trouver en présence d'une fistule prostatique, rectale ou périnéale, sans communication avec l'urèthre; ces fistules rentrent en définitive

dans la catégorie des fistules ano-rectales borgnes ou complètes. Ce qui les distingue seulement, c'est le siège prostatique de leur cause, de l'abcès « mal ouvert soit par la nature, soit par l'art (1) ». Et les indications thérapeutiques qu'elles comportent sont analogues à celles des fistules pelvirectales supérieures (2).

Mais, dans la très grande majorité des cas, la communication uréthrale existe; on est aux prises avec des fistules uréthro-périnéales ou des fistules uréthro-rectales. Dans les cas simples et récents, alors que le trajet n'a pas encore la signification anatomo-pathologique d'une fistule vraie, on peut observer l'oblitération spontanée après un temps plus ou moins long. L'observation XV montre une fistule uréthro-rectale cicatrisée en six semaines. Sur un autre malade de M. Guyon, dont M. Pauffard (3) a publié l'observation, la guérison survint au bout de deux mois et demi. Cette terminaison heureuse est exceptionnelle. Il faut en oublier la possibilité et intervenir dans tous les cas.

Qu'il s'agisse d'une fistule uréthro-rectale ou d'une fistule uréthro-périnéale, les deux indications formelles sont les suivantes :

1° Empêcher l'urine d'arriver dans le foyer; 2° modifier les parois et les rendre propres à la cicatrisation. Il faut, en outre, songer à la lésion pathogénique, spéciale dans les faits que nous étudions, et s'attaquer à la cavité prostatique elle-même.

(1) Chassaignac, *Fistules à l'anus. Dict. encycl. des sciences méd.*, 1re série, t. V, p. 470. Paris, 1870.

(2) Pozzi, *Th. de doct.* Paris, 1873.

(3) Pauffard, *Contribution à l'étude du traitement des fistules uréthro-périnéales*, th. Paris, 1870.

La première indication est remplie par le cathétérisme (sonde à demeure ou cathétérisme intermittent). La sonde à demeure peut rendre de grands services ; les anciens chirurgiens, Ledran, Desault, Chopart, Boyer, Amussat, avaient peut-être exagéré la valeur de cette méthode en l'appliquant indistinctement à tous les cas ; mais, en proscrivant systématiquement son emploi, les chirurgiens modernes, Mercier, Velpeau, Phillips, Reliquet, Thompson, sont tombés dans l'exagération inverse. Civiale, Voillemier et Dolbeau ont à bon droit inauguré la réaction contre ces idées absolues. La pratique journalière de M. Guyon ne peut laisser aucun doute à cet égard. La sonde à demeure est souvent mieux supportée que le cathétérisme intermittent, et, lorsqu'on en précise les indications, elle « peut donner d'excellents résultats dans les cas de fistules plus ou moins invétérées. Il est utile de réagir contre les idées extrêmes, utile d'associer, quand il le faut, toutes les autres ressources thérapeutiques, le cathétérisme intermittent lui-même à l'emploi de la sonde à demeure ; utile surtout d'agir prudemment toujours, différemment suivant les cas, en se préoccupant sans cesse des complications possibles, si on n'a pu les prévenir » (1). Ceci soit dit, sans toucher le moins du monde aux incontestables avantages du cathétérisme intermittent. L'une et l'autre méthode doivent être employées suivant les cas.

Lorsque les lésions ne sont pas de date trop ancienne et que les décollements ou les pertes de substance sont peu étendus, le simple détournement de l'urine peut permettre la guérison spontanée.

(1) Pauffard, *Th. doct.*, Paris, 1879, p. 43.

M. Thompson relate, à ce propos, un fait intéressant dans lequel la position a paru jouer un rôle important dans la guérison d'une fistule uréthro-rectale. Le malade était un jeune officier, « l'affection s'était déclarée à la suite de quelques abcès, dont M. Thompson n'avait pas été témoin, et, à chaque miction, trois ou quatre cuillerées d'urine passaient par l'intestin ». Après avoir essayé sans succès plusieurs méthodes de traitement, M. Thompson eut « l'idée de dire au malade de se coucher sur le ventre pour uriner et d'avoir bien soin de ne jamais émettre une goutte d'urine dans une autre position ». Au bout de six semaines, l'officier était parfaitement guéri. On pourrait essayer à l'occasion de ce procédé. Mais M. Thompson reconnaît lui-même qu'il aurait « aussi bien réussi en recommandant tout simplement au malade de n'uriner qu'au moyen de la sonde (1) ».

La compression proposée par certains chirurgiens, pour la cure des fistules uréthro-périnéales, agit dans le même sens. M. Diday (2) dit avoir guéri un malade en quinze jours en lui recommandant l'usage, pendant la miction, d'un ballon de caoutchouc gonflé d'eau et pressé sur le périnée. M. Pauffard a observé un malade qui obtint la cicatrisation de ses fistules en prenant « l'habitude de comprimer les trajets avec les doigts et d'obturer les orifices périnéaux au moment de la miction (3). » Ces différents procédés agissent comme le cathétérisme intermittent et lui sont certainement inférieurs.

(1) Thompson, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, p. xcvii, trad. française. Paris, 1874.
(2) Diday, *Bull. Soc. de chirurgie*, t. V, p. 45.
(3) Pauffard, *loc. cit.*, p. 54.

Les lavages de l'urèthre et les irrigations rectales préconisées par M. Reliquet pourront être employés avec avantage dans les cas de communication uréthro-rectale. On se trouvera bien aussi des injections phéniquées que ce même auteur conseille de pratiquer dans les trajets périnéaux. Ces injections doivent être faites « par les orifices extérieurs, une petite sonde en gomme y étant introduite ; elles ressortent par les autres orifices extérieurs et en même temps pénètrent dans l'urèthre d'où elles sortent par le méat (1) ». En tout cas, il est toujours indiqué d'entretenir la liberté du ventre et de faciliter les garde-robes à l'aide de lavements, afin de prévenir l'action mécanique ou irritante que des matières fécales accumulées peuvent avoir sur le trajet fistuleux (2).

Les terminaisons heureuses que l'on obtient par ces différents moyens, employés seuls, sont malheureusement rares. La plupart du temps les fistules se rétrécissent un peu, mais elles persistent. Souvent même l'échec est complet, comme sur le jeune homme de l'observation 23 ou sur le Brésilien de l'observation 16, et, pour provoquer la cicatrisation, il faut satisfaire en outre à la deuxième indication signalée, il faut modifier directement les trajets fistuleux.

Pour les fistules périnéales, M. Guyon se sert avec avantage des injections iodées. Quelques gouttes de teinture d'iode poussées dans les trajets accélèrent en géné-

(1) Reliquet, *Traité pratique des opérations des voies urinaires*. Paris, 1871, p. 339.

(2) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1re édition. Paris, 1859, t. V, p. 463.

ral le travail réparateur. On peut aussi lui substituer le nitrate d'argent en solution au 50e. Mais cette manière de faire reste bien souvent impuissante, et l'on est obligé de recourir à des moyens plus énergiques.

Les incisions et la cautérisation par le feu tiennent ici le premier rang. Le thermo-cautère simplifie beaucoup ces différentes opérations. Il faut élargir, débrider les trajets fistuleux, réunir par le bistouri les orifices extérieurs, couper, exciser au besoin les brides, les ponts calleux et indurés qui cloisonnent les clapiers. Le nombre, la dimension, la profondeur des sections ne sont soumis à aucune règle précise; elles varient suivant les cas particuliers. Il faut savoir seulement que les opérations de cette nature n'ont de valeur que lorsqu'elles sont très complètes. Le plus petit clapier oublié compromet toujours le résultat et nécessite, à échéance plus ou moins rapprochée, une intervention nouvelle. Les bains et les cataplasmes rendront ici de précieux services en atténuant les poussées inflammatoires.

Ces opérations associées au cathétérisme donnent en beaucoup de circonstances la guérison. Ailleurs, l'âge de la maladie, l'étendue des désordres locaux, l'état général du malade, résistent aux traitements les meilleurs, et les malades restent condamnés à une infirmité définitive.

Pour les fistules uréthro-rectales, les moyens d'action sont plus limités encore. Dans un cas relaté à la fin de ce travail (*voy. obs.* 19.), M. Guyon a obtenu cependant la guérison d'une fistule uréthro-rectale dont le début remontait à plus d'un an, en pratiquant, à l'aide du thermo-cautère, trois cautérisations du trajet fistuleux à huit jours d'intervalle. Thompson se prononce nettement en fa-

veur de la cautérisation ignée. « L'introduction d'un fil métallique porté au rouge, dit-il, m'a paru, dans le peu de cas que j'ai vus, le meilleur moyen d'en obtenir la cicatrisation (1). »

En associant le cathétérisme à la cautérisation par le thermo-cautère, on peut donc espérer de bons résultats. Par malheur, cette méthode n'a chance de réussite que pour les fistules de petites dimensions. Si la perte de substance est quelque peu étendue, la communication persiste, malgré des cautérisations réitérées, et les malades conservent pour toujours leur infirmité.

En présence de ces fistules rebelles, et lorsque, par les moyens d'usage, on est arrivé à *reconnaître le siège exact* de la fistule, on est autorisé à discuter les indications d'une intervention chirurgicale plus directe. Dans les cas où les cautérisations ont échoué, peut-être pourrait-on, suivant le conseil de M. Tillaux (2), « décoller l'une de l'autre les parois uréthrales et rectales et les faire ensuite glisser de façon à changer le rapport des deux orifices. » Ce procédé opératoire appartient à Astley Cooper. Il a permis à ce chirurgien d'obtenir la guérison complète d'une fistule uréthro-rectale consécutive à un abcès de la prostate sur un malade dont il nous a laissé l'observation : « Après avoir placé un cathéter dans la vessie, j'introduisis le doigt dans le rectum, et j'incisai, comme pour l'opération de la pierre, sur le côté gauche du raphé, jusqu'à ce que je sentisse la sonde à travers le bulbe. Je plongeai alors un couteau à

(1) Thompson, *Traité des maladies des voies urinaires,* trad. française. Paris, 1874, p. 280.

(2) Tillaux, *Traité d'anatomie topographique,* 2e édit. Paris, 1879, p. 759.

deux tranchants dans le périnée, entre la glande prostate et le rectum, ayant l'intention de diviser ainsi la communication fistuleuse établie entre l'urèthre et l'intestin. Une mèche de charpie fut introduite dans la plaie, et un cataplasme fut appliqué par dessus. Lorsque la charpie fut retirée, on s'aperçut que l'urine coulait à travers l'ouverture pratiquée dans le périnée. L'ouverture fistuleuse du rectum se ferma graduellement, et celle du périnée se cicatrisa ensuite promptement. Dès lors, l'urine reprit entièrement son cours naturel... Jamais, depuis cette époque, l'urine ne s'est déviée de sa voie naturelle (1). »

De son côté, M. Thompson pense que, « si l'ouverture était assez large pour légitimer une restauration autoplastique, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une opération semblable à celle qui est employée pour les fistules vésico-vaginales. J'aviverais, dit-il, les bords de la solution de continuité et les réunirais par une suture métallique. En faisant l'opération de la fistule, je n'ai point guéri, mais j'ai amélioré un malade par cette méthode. Il est très difficile d'opérer dans l'espace limité qu'offre le rectum. Cependant c'est possible. On a inventé, dans ce but, des instruments spéciaux. Quelquefois ils ont besoin d'une légère modification de volume ou de forme pour chaque cas particulier. »

On trouverait sans doute plus grand avantage, dans les cas de ce genre, à tenter la *réunion immédiate secondaire* telle que la préconise M. le professeur Verneuil pour les fistules vésico-vaginales (2). Cette méthode consiste à avi-

(1) Astley Cooper, *Mémoire sur les fistules du canal de l'urèthre* in *Œuvres chirurgicales*, trad. par Chassaignac et Richelot. Paris, 1837, p. 575.

(2) Verneuil, *Société de chirurgie*, séance du 11 février 1880.

ver, non plus avec l'instrument tranchant, mais avec des caustiques, et à réunir les surfaces bourgeonnantes par des points de suture au fil d'argent.

Ces ressources extrêmes ont été jusqu'ici d'une application rare. Leur efficacité est toujours douteuse, et trop souvent le rôle du chirurgien se réduit à prescrire des soins de propreté.

Le traitement des fistules uréthro-rectales et uréthro-périnéales consécutives aux suppurations prostatiques est, on le voit, fort incertain dans ses résultats. Pour quelques succès il compte bien des revers, et, s'il était nécessaire, on trouverait là un argument de plus en faveur des règles formelles qui doivent dicter le traitement des abcès prostatiques et du phlegmon périprostatique : inciser à temps, assurer toujours le libre écoulement du pus.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Abcès de la prostate chez un malade atteint d'hypertrophie de la prostate. — Ouverture de l'abcès dans la vessie par pression volontaire avec le bec d'une sonde. — Guérison.

(J.-L. Petit, œuvres posthumes de chirurgie, mises au jour par M. Lesne, maître en chirurgie. (Paris, 1774, t. III, p. 33.)

M. S. D. M., se traitant lui-même d'une rétention d'urine, s'étoit procuré la faculté d'uriner par l'usage de ses remèdes auxquels il avoit grande foi, parce qu'ils avoient réussi à plus de trente attaques qu'il avoit eues de ce mal, pendant l'espace de trois années; mais il éprouva que, malgré leur efficacité, ils n'étoient pas infaillibles; il avoit une si grande répugnance pour les opérations chirurgicales, que non-seulement il ne s'étoit pas fait sonder, mais, ce que l'on aura peine à croire, c'est que, malgré la fâcheuse situation dans laquelle il s'étoit trouvé dans plusieurs de ses accès de rétention, il ne s'étoit jamais déterminé à se faire saigner; cependant, comme il est des répugnances auxquelles on est forcé de céder, il m'envoya prier de passer chez lui; je le trouvai mourant de douleur, le ventre tendu, avec une soif ardente et les yeux égarés; à peine put-il me faire le récit, non pas de toute sa maladie, il eût été trop long, mais seulement du commencement de l'accès dans lequel il étoit; ce qu'il me dit fut suffisant pour me faire juger que la prostate gonflée avoit été la cause de tous ces accès; que jusqu'à celui-ci, par l'usage de ses remèdes, il avoit obtenu une espèce de résolution qui, ayant dégonflé la prostate, lui avoit redonné chaque fois la facilité d'uriner; que cette fois-ci la prostate n'ayant pu se terminer par résolution, s'étoit enflammée et terminée par suppuration. Comme il ne paroissoit rien au dehors, j'introduisis un doigt dans l'anus, et je touchai la prostate, ou, pour mieux dire, une tumeur plus grosse que le poing qui n'étoit pas dure, et dans laquelle je sentis une es-

pèce de fluctuation que j'aurois pu croire être la fluctuation de l'urine, si ce qui se trouvoit entre le fluide et mon doigt eût été plus épais. Il y avoit près de trois jours qu'il n'avoit rendu d'urine ; je le sondai sans lui causer de douleur ; je lui tirai beaucoup d'urine assez puante et boueuse, et, quand je crus avoir tout tiré, je tournai ma sonde à droite et à gauche, comme on fait lorsqu'on cherche une pierre ; en faisant ces mouvements je sentois quelque résistance que je crus être la tumeur que formoit la prostate ; et en effet, appuyant un peu, ce qui résistoit obéit, et dans l'instant la vessie, qui étoit vuide d'urine, me fournit par la sonde environ une chopine de pus très fluide et extrêmement fétide ; c'étoit l'abcès de la prostate qui s'étoit crevé. Je laissai la sonde malgré l'opposition du malade, et, l'ayant bien assujettie, je le quittai, lui promettant de le revoir bientôt. Étant revenu, il se trouvoit si bien, qu'il m'appela son sauveur. Il me pria de lui ôter la sonde, et je lui dis que je venais exprès pour lui ôter celle qu'il avoit et lui en remettre une autre ; c'est ma sonde en S, que je lui ai mis à la place de la première. On sait que cette sonde n'a pas besoin d'être assujettie par des liens, et qu'au moyen d'une seringue dont le bout est courbé de bas en haut, on peut faire tant que l'on veut et avec facilité des injections dans la vessie ; ce furent ces injections faites cinq ou six fois par jour qui le guérirent complètement : il y contribua beaucoup en se prescrivant lui-même un régime qu'il observa exactement ; car, outre l'intérêt personnel, il étoit un des plus habiles que je connusse en son art. J'oubliois de dire que les injections furent variées selon les tems, on doit le présumer.

OBSERVATION II

Abcès de la prostate développé au cours d'une chaudepisse et à la suite d'un excès de boisson chez un homme de trente-cinq à quarante ans ayant eu plusieurs chaudepisses antérieures. — Ouverture dans la vessie (?) pendant un effort de vomissement. — Guérison.

(J.-L. Petit, loc. cit., t. III, p. 36.)

Un homme de 35 à 40 ans, qui avoit déjà passé plus de vingt ans dans la débauche, étoit à sa cinquième chaudepisse qui, selon lui,

étoit presque guérie; il fit un excès de vin et se trouva la nuit réveillé par une pressante envie d'uriner qu'il ne put satisfaire. La douleur lui donnant quelques relâches, il se remit au lit, dormit quelques heures et fut réveillé par un semblable besoin; les douleurs plus vives le déterminèrent d'envoyer chercher son chirurgien qui le saigna et voulut lui passer la sonde, ce qu'il refusa; le matin, ne se trouvant pas soulagé, il fut resaigné; on lui proposa de nouveau de passer la sonde, et il n'y voulut point consentir. Quatre ou cinq heures après, il fut resaigné et, après beaucoup d'instances qui lui furent faites par son chirurgien, il consentit d'être sondé. Celui-ci, quoique sage, prudent et des plus habiles, ne put parvenir à introduire la sonde dans la vessie. Il introduisit son doigt dans l'anus et reconnut que la prostate étoit dure, douloureuse et formoit une tumeur si considérable qu'il n'hésita pas à croire qu'elle étoit la cause de la rétention d'urine; il le resaigna sur le soir, le fit mettre dans le bain et fit de nouvelles mais d'inutiles tentatives pour passer la sonde. Les boissons adoucissantes et huileuses n'opérèrent rien et ne pouvoient même faire beaucoup d'effet dans un ventre farci de ragoûts épicés, de vins et autres liqueurs. La fièvre augmenta et fut très violente pendant la nuit. On lui donna des lavements, il fut resaigné, rien ne le soulagea. Une troisième tentative pour la sonde fut aussi infructueuse que les autres. Il eut une sueur urineuse, quelques frissons légers peu distants les uns des autres, mais accompagnés de grincements de dents. Un délire assez considérable détermina le chirurgien et un médecin qui y fut appelé à le saigner du pied : cette saignée diminua un peu le délire, mais les autres symptômes augmentèrent. Plusieurs chirurgiens furent mandés pour le sonder et ne réussirent pas mieux que le chirurgien ordinaire. Tous convinrent de rendre les lavements purgatifs, et de faire prendre en deux parties trois onces de manne et trois onces d'huile d'amande douce, ce qui ne produisit aucune évacuation. Enfin le malade tomba dans le sommeil léthargique; mais, lorsque le médecin et les chirurgiens étoient sans espérance, le malade eut quelques envies de vomir; on lui donna quelques grains d'émétique qui étoient bien indiqués, et qui firent si bien leur effet, que le malade vomit abondamment et à plusieurs reprises. Il sortit de son assoupissement, eut envie d'uriner, et rendit deux pintes, soit d'urine, soit de pus; il dormit quatre ou cinq heures de suite, et, pendant ce sommeil, il sua considérablement. A son réveil, il rendit beaucoup

d'urine mêlée de pus sans douleur; il n'évacua pas moins par les selles; enfin il n'étoit plus question de rétention; mais, comme le malade rendoit beaucoup de pus avec les urines, il fallut injecter la vessie pour guérir l'ulcère de la prostate, car il n'y a pas lieu de douter qu'un abcès ne se fût formé dans cette partie, et que, s'étant crevé dans la vessie, il restoit un ulcère qu'il falloit consolider : on le fit; et, après la consolidation, on continua le traitement de la chaudepisse qui couloit encore abondamment.

OBSERVATION III

Abcès de la prostate développé à la suite d'un excès de table chez un jeune homme de vingt-cinq ans, au cours d'une blennorrhagie. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Écoulement du pus mal assuré. — Phlegmon périprostatique par diffusion. — Incision par le rectum. — Le soir même, ouverture spontanée dans l'urèthre. — Fièvre avec exacerbation accusée le soir pendant dix-huit jours. — Incontinence passagère. — Guérison.

(Observation personnelle.)

Le nommé Legouaille (Pierre), âgé de 25 ans, entre le 8 octobre 1879 à l'hôpital Necker (salle Saint-Vincent, service de M. Guyon).

Ce malade, blond et lymphatique, s'est toujours bien porté. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial à relever. Sa première chaudepisse date de trois ans. L'écoulement s'est compliqué d'orchite, puis, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, il a complètement disparu au bout de deux mois. Il y a deux mois environ, deuxième chaudepisse. Cette fois, le traitement a été très négligé et l'écoulement persiste encore. Il y a dix ou douze jours, à la suite d'un excès de boisson, le malade a éprouvé quelques frissons, un peu de pesanteur périnéale et quelques douleurs pendant la miction. Les frissons n'ont plus reparu, mais les phénomènes douloureux se sont accentués et, depuis cinq jours, la miction est impossible sans le secours de la sonde. Il y a deux jours enfin, une cuillerée

à café environ de pus a été rendue spontanément par l'anus. Depuis, les douleurs et les difficultés de la miction ont diminué.

Actuellement, l'écoulement du pus par le rectum est très peu abondant. Le malade arrive à pisser sans se sonder, mais la miction est toujours douloureuse. La défécation l'est beaucoup moins. La prostate est très grosse; le lobe gauche est surtout volumineux; vers sa partie centrale, on constate un point fluctuant, ou pour mieux dire un point dépressible. Il n'y a pas d'empâtement périprostatique; il s'agit d'un abcès prostatique proprement dit.

Le 19 et *le* 20 octobre, aucun incident nouveau n'est survenu; il n'y a pas de fièvre.

Le 21, les difficultés de la miction reparaissent, la température s'élève à 38° le matin et à 38° 5 le soir. Le toucher rectal fait toujours percevoir un point dépressible sur le lobe gauche de la prostate, mais les limites de la glande ne sont plus reconnaissables, toute la région est empâtée; en un mot, il y a diffusion périprostatique. M. Guyon pratique aussitôt l'incision par le rectum et donne issue à une quantité notable de pus crémeux, inodore et bien lié. Tous les phénomènes douloureux disparaissent aussitôt pour ne plus revenir. Dans la soirée, en dépit de l'incision rectale, l'abcès s'ouvre dans l'urèthre pendant un effort de défécation.

L'écoulement de pus par le rectum cesse au bout de six jours.

L'écoulement de pus par l'urèthre se prolonge assez abondant jusque vers le 7 novembre. A cette époque, il cesse à peu près complètement; le malade conserve seulement un écoulement léger, analogue à celui qui existait lors du début de la prostatite. Mais il se produit en même temps un nouveau symptôme : lorsque le malade marche et éprouve le besoin de pisser, il perd son urine goutte à goutte. Cette incontinence persiste, assez accusée d'abord, très atténuée ensuite, jusqu'au 21 novembre. Le malade quitte l'hôpital à cette époque.

J'ai pu le revoir quinze jours après : l'incontinence avait disparu, la blennorrhée persistait peu abondante, la région prostatique avait récupéré sa souplesse. La prostate était dure, petite, et présentait une petite dépression anfractueuse au niveau de son lobe gauche.

Je me suis réservé de signaler, en terminant, deux points importants dans cette observation :

A. La marche de la température;

B. La modalité de l'écoulement du pus prostatique par l'urèthre.

A. La fièvre a persisté du 20 octobre au 7 novembre. Elle a été remarquable par les rémissions presque complètes du matin et les ascensions souvent très élevées du soir.

				Matin.	Soir.
Le 21	octobre.	Température	axillaire.	38°	38°5
Le 22	—	—	—	37°5	38°4
Le 23	—	—	—	37°5	38°5
Le 24	—	—	—	37°	38°4
Le 25	—	—	—	37°2	38°2
Le 26	—	—	—	37°2	38°
Le 27	—	—	—	37°	38°
Le 28	—	—	—	37°	38°
Le 29	—	—	—	37°4	39°
Le 30	—	—	—	37°	39°4
Le 31	—	—	—	37°6	38°4
Le 1er	novembre.	—	—	37°	38°4
Le 2	—	—	—	37°	38°4
Le 3	—	—	—	37°	38°4
Le 4	—	—	—	37°	37°6
Le 5	—	—	—	37°	37°5
Le 6	—	—	—	37°	38°
Le 7	—	—	—	37°	37°4

A partir du 7 novembre, le mouvement fébrile du soir ne s'est pas reproduit.

B. L'écoulement du pus prostatique par l'urèthre ne se faisait pas goutte à goutte. Il était intermittent : tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, le malade éjaculait une demi-cuillerée environ de pus crémeux. Dans l'intervalle de ces sortes d'éjaculations, il ne sortait pas de pus par le méat ; l'émission du pus ne s'accompagnait d'aucune sensation spéciale. Le malade sentait tout simplement son « pus couler ».

Au moment des mictions, le jet de l'urine chassait devant lui une quantité variable de pus et devenait parfaitement limpide aussitôt après.

OBSERVATION IV

Prostatite-phlegmoneuse diffuse chez un homme de vingt-huit ans, mal guéri d'une blennorrhagie antérieure. — Incision par le rectum. — Trois jours après, ouverture spontanée dans l'urèthre. — Guérison de l'abcès en un mois et demi. — A cette époque, persistance d'une incontinence légère survenue dans les derniers jours du traitement.

(Observation personnelle.)

Le nommé Heuchel (Léon), âgé de 28 ans, maréchal-ferrant, entré à l'hôpital Necker le 7 août 1879 (salle Saint-Vincent, service de M. Guyon).

Ce malade s'est toujours bien porté. Il y a quatre ans environ, il a contracté une chaudepisse qu'il a mal soignée et dont il s'est mal guéri. Il y a trois mois, et sans cause appréciable, il a éprouvé quelques pesanteurs périnéales; la miction est devenue fréquente, douloureuse, difficile, et les urines troubles contenaient, dit-il, des « petits fils blanchâtres ».

Il y a trois semaines, ces différents symptômes persistant toujours, on a fait une cautérisation de la région prostatique; mais, à partir de ce moment, les phénomènes douloureux se sont accentués davantage. La défécation est devenue douloureuse, et des phénomènes de rétention ont, à plusieurs reprises, nécessité le cathétérisme. (Il n'y a pas eu de frisson.)

Actuellement, 7 *août*, les symptômes douloureux sont très intenses. La miction est impossible sans le secours de la sonde, les envies d'uriner sont très fréquentes et provoquent, toutes les heures environ, des crises douloureuses très pénibles, localisées à la région prostatique, sans irradiations. Le pouls bat 100 fois par minute et la température axillaire monte à 37°8. Localement, les symptômes sont caractéristiques : la région périnéale antérieure est tendue et douloureuse spontanément. A la palpation, on délimite un point douloureux maximum, nettement localisé sur la ligne médiane, entre le bulbe et l'anus; à ce niveau, le périnée bombe légèrement, mais il n'y a ni fluctuation ni œdème. Par le toucher rectal, on constate, au niveau de la région prostatique, une plaque phlegmoneuse effaçant les limites de la glande. Cette plaque plegmoneuse, nettement limitée à sa partie inférieure, au niveau du bec de la prostate,

s'étend par le haut entre les vésicules séminales, et empiète sur la région latérale gauche du rectum, au niveau de la fosse ischio-rectale correspondante. Il n'y a pas de pouls rectal et, nulle part, on ne peut percevoir de point ramolli. Le 7 au soir, 38° dans l'aisselle.

Le 8 *août*, même état : 38° le matin, 38°4 le soir.

Le 9 *août*, 38° le matin. Le toucher rectal laisse percevoir un point ramolli vers la région gauche de la plaque phlegmoneuse. On a tout à fait la sensation que donnerait un petit cadre rigide dont la toile mal tendue se laisserait déprimer. Il n'existe pas de battements au voisinage de ce point ramolli. M. Guyon incise le foyer par le rectum; l'incision donne issue à une grande quantité de pus (100 grammes environ) ; soulagement immédiat très grand. La pression exercée sur la région périnéale n'éveille plus aucune douleur entre le bulbe et l'anus.

Le 9 *au soir*, le malade a pissé seul, la température axillaire est tombée à 37°5.

Le 10 et *le* 11, la défécation est toujours douloureuse, du pus sort en assez grande abondance par le rectum. Il n'y a pas de fièvre. Le matin et le soir, la température monte à 37°5 seulement.

Le 12, tout mouvement fébrile a disparu. Dans la journée, une quantité considérable de pus sort par l'urèthre.

Le 18 *août*, il y a toujours un peu de pus rendu avec le premier jet de l'urine à chaque miction; mais il n'y a plus d'écoulement purulent par le rectum. L'empâtement phlegmoneux de la région prostatique a presque complètement disparu, les tissus ont retrouvé leur souplesse, il reste seulement un point induré vers la partie latérale gauche de la prostate.

Le malade est resté à l'hôpital jusqu'au 22 septembre. L'écoulement de pus par l'urèthre n'a cessé définitivement que vers le 10 septembre (jamais l'urine ne s'est écoulée par le rectum) ; la guérison était complète dès cette époque. Je dois signaler cependant un léger degré d'incontinence survenu dans les premiers jours de septembre. L'issue involontaire de quelques gouttes d'urine se produisait toutes les fois que le malade commençait à marcher, pour cesser complètement dans la situation assise et couchée. L'électrisation de la partie membraneuse n'a pu triompher de ce symptôme, et l'incontinence, très atténuée, il est vrai, persistait encore lorsque le malade a quitté l'hôpital, le 22 septembre, un mois et demi après son entrée.

OBSERVATION V

Blennorrhagie chez un jeune homme de vingt-deux ans. — A plusieurs reprises, phénomènes inflammatoires du côté de la prostate, sous l'influence de causes occasionnelles diverses (excès de table, marche forcée, contusion périnéale, etc.). — Abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre et le rectum. — Fusée purulente dans le triangle ischio-bulbaire, fistule périnéale.

(Observation inédite communiquée par M. Guyon.)

M. X..., âgé de 22 ans, réclame les soins de M. Guyon à la fin du mois de juillet 1879 pour se faire soigner d'une fistule périnéale dont le début remonte au mois de janvier dernier. Le malade s'est toujours bien porté et ses antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial; sa mère est morte d'une fièvre typhoïde et son père jouit d'une excellente santé. En octobre 1878, il a contracté une chaudepisse. On lui a ordonné des boissons émollientes et des bains. Le 11 octobre, le malade a dû quitter la ville de province où il avait passé ses vacances pour venir à Paris. La veille de son départ, il lui a fallu assister à un festin d'adieu, et, pour n'éveiller aucun soupçon, il a bu copieusement vin, champagne et café. Il ne s'en est suivi aucun accident, et, même, l'écoulement a paru cesser le 25 octobre. Vers cette époque, M. X... s'est beaucoup fatigué (courses nombreuses... etc.), et, dans les premiers jours de novembre, l'écoulement a reparu. Il y avait en outre une sensation de pesanteur douloureuse de la région pèrinéale que la station assise rendait encore plus pénible. La miction provoquait une douleur très vive dans la profondeur du canal. Il fallut prendre le lit et consulter un médecin. Le toucher rectal ne fut pas pratiqué. On dit au malade qu'il avait probablement une prostatite; des sangsues, des grands bains furent prescrits, et, huit ou dix jours après, tous les symptômes douloureux s'amendèrent. Vers la fin de novembre, et sans cause appréciable, une uréthrorrhagie légère s'est produite. M. X... allait toujours bien, lorsque, le 4 décembre, il reçut, en guise de plaisanterie, un coup de pied dans la région périnéale pendant qu'il avait la tête baissée vers une fontaine. Dès le lendemain, il fut obligé de prendre le lit. La miction était de nouveau pénible et la

défécation était, comme à la première poussée de prostatite, particulièrement douloureuse. Le périnée tendu, douloureux, présentait une petite « bosse » au-devant de l'anus; des cataplasmes ont été maintenus sur la région, et le 21 janvier le malade s'est levé. Douze jours après, un orifice fistuleux s'est établi à droite du raphé périnéal, à égale distance de l'anus et des bourses. Ce trajet fistuleux donnait peu de pus; l'urine s'y engageait à chaque miction et produisait des cuissons assez vives; à partir de ce moment M. X... s'est senti mieux et il a pu reprendre ses occupations pendant le mois de février.

Pendant *mars, avril* et *mai*, on a eu recours au cathétérisme. Le n° 11 a été introduit d'abord et, progressivement, on est arrivé au n° 18. Pendant ces trois mois, aucun accident spécial n'est survenu. La fistule se fermait de temps à autre, mais aussitôt la tension périnéale reparaissait et la fistule ne tardait pas à se rouvrir. Au mois de juin, il y a eu un peu d'épididymite; le lit a dû être gardé quelques jours. A la fin de juin, incontinence d'urine à deux ou trois reprises différentes. L'usage des sondes a été cessé quelques jours, puis repris de nouveau. On n'a pu dépasser le n° 16. Au commencement de juillet, on a essayé de laisser une sonde à demeure; mais elle a été supportée quarante-huit heures seulement.

Le 24 juillet, M. Guyon examine pour la première fois le malade.

Le 26 juillet, il incise le trajet fistuleux. L'orifice conduit dans une poche purulente située dans la loge inférieure du périnée, entre la face inférieure du ligament de Carcassonne et l'aponévrose superficielle en partie détruite; cette poche occupe en définitive le triangle ischio-bulbaire droit dans presque toute son étendue. La racine droite des corps caverneux est disséquée par le pus. A la partie postérieure de cette cavité se voit un orifice qui conduit à la prostate. Celle-ci est englobée dans un empâtement phlegmoneux qui remonte vers le bas-fond vésical et déborde la région prostatique sur les côtés. Au niveau du lobe gauche de la prostate, il existe une dépression fluctuante qui est certainement le point de départ de la fistule périnéale. Il est difficile de déterminer exactement s'il existe ou non un abcès intraprostatique. L'abcès périprostatique est seul évident et c'est à lui qu'aboutit le trajet fistuleux. M. Guyon constate en outre la communication de l'abcès avec le rectum. On ne peut savoir exactement l'époque à laquelle remonte l'ouverture rectale de l'abcès. Le malade sait qu'il a rendu du pus par l'anus, il y a plusieurs semaines; mais il ne donne pas de date précise.

M. Guyon a bien voulu me permettre d'examiner ce malade le 2 août 1879. A cette date, j'ai trouvé les traces de la plaie opératoire. La cavité creusée dans la loge périnéale inférieure était presque comblée par des bourgeons charnus, roses, et de bel aspect. Il n'y avait pas de douleurs spontanées. Le canal était libre et la miction normale. Lorsqu'on pressait avec la pulpe de l'index sur la région prostatique, on éveillait des douleurs très vives. Cette pression faisait sourdre du pus par la plaie périnéale et par l'urèthre. L'abcès périprostatique communiquait donc avec la plaie périnéale, avec l'urèthre et avec le rectum.

Actuellement, huit mois se sont écoulés et les trajets fistuleux ne se sont point cicatrisés. Tout récemment encore, M. Guyon a été appelé en consultation. Des accès de fièvre s'étaient manifestés, disait-on. Avant d'aller voir le malade, et sachant qu'il se cathétérisait régulièrement, M. Guyon pensa qu'il s'agissait peut-être d'accès urineux provoqués par l'introduction des sondes, et fit transmettre l'ordre de suspendre immédiatement tout cathétérisme. Ces prétendus accès de fièvre étaient dus à une grippe récente, et, lorsque M. Guyon a pu se rendre chez M. X..., la simple cessation du cathétérisme régulier avait permis à la fistule uréthro-rectale de reprendre tous ses droits. La presque-totalité des urines s'écoulait par l'anus.

Cette observation montre bien toute la gravité des suppurations périprostatiques alors même que la diffusion n'est pas excessive. Dans ce cas particulier, l'état fistuleux persiste depuis un an et la guérison est bien loin d'être obtenue.

OBSERVATION VI

Hypertrophie de la prostate chez un homme de soixante-huit ans. — Prostatite suppurée avec fusée ischio-rectale, sans réaction générale accusée. — Incision dans la fosse ischio-rectale. — Cicatrisation au bout de deux mois.

(Observation personnelle.)

Le nommé Guillard (Alexandre), âgé de 68 ans, entré à l'hôpital Necker le 30 janvier 1879 (salle Saint-Vincent, lit n° 8, service de M. Guyon).

Depuis six mois, ce malade éprouve des besoins fréquents d'uriner et pisse difficilement. Il y a vingt jours que ces difficultés de la miction se sont brusquement accentuées. Depuis cette époque, les besoins d'uriner sont pour ainsi dire incessants et le malade ne pisse que goutte à goutte. L'urine s'écoule involontairement pendant la nuit et très souvent aussi pendant le jour. Toute occupation est devenue impossible. Actuellement il y a seulement de la pesanteur périnéale sans douleur véritable. La miction éveille quelques cuissons uréthrales. La vessie, très distendue, se vide fort mal et remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Les deux lobes de la prostate sont très hypertrophiés. Les urines, limpides, n'indiquent pas de lésions rénales avancées; elles sont simplement un peu troubles vers la fin du cathétérisme (densité : 1006). Il n'y a pas d'albuminurie, et cependant il existe depuis quinze jours un œdème des membres inférieurs très marqué. Il y a même un peu de bouffissure de la face ; le faciès est pâle et cireux. Il y a de l'anorexie, sans vomissements. La constipation est marquée. L'auscultation du cœur révèle un léger souffle à la base et au premier temps. Le pouls est très bondissant. La matité aortique est très étendue dans le sens transversal et la pointe du cœur bat à 4 centimètres en dehors du mamelon. Il y a tout lieu de supposer un léger degré d'insuffisance aortique.

Cathétérisme matin et soir, lavage de la vessie à l'acide borique, potion avec alcool et quinquina. A chaque cathétérisme, on a le soin de n'évacuer que le tiers environ du contenu vésical. La bouffissure de la face et l'œdème des membres inférieurs disparaissent rapidement. Le traitement est continué pendant trois jours. Le malade souffre beaucoup au moment du cathétérisme, ses urines sont légèrement teintées en rouge. Le sommeil est interrompu par des douleurs lancinantes le long de l'urèthre. Un peu de diarrhée survient.

Le 4 février, les urines contiennent une quantité de sang très notable. Il n'y a ni frisson, ni élévation de la température. Le cathétérisme est suspendu pendant vingt-quatre heures.

Le 5 février, les urines ne contiennent plus de sang, mais renferment une forte proportion d'albumine. Leur densité est toujours de 1006. On pratique de nouveau le cathétérisme le 7 février. Aussitôt après, des coliques très vives se manifestent, la vessie se contracte beaucoup mieux. On suspend le cathétérisme.

Le 13 février, la polyurie, qui avait disparu, reparaît (4 litres d'urine trouble).

Du 13 *février* au 26 *mars*, les forces diminuent les fonctions digestives se font très mal.

Le 26 *mars*, des douleurs assez violentes apparaissent au niveau de la fosse ischio-rectale gauche.

Le 28 *mars*, cette région est rouge, tendue et très douloureuse. Il y a de la fièvre (38°). Le toucher rectal permet de reconnaître un empâtement phlegmoneux dans toute l'étendue de la fosse ischio-rectale gauche. Au milieu de cet empâtement général, on obtient nettement la sensation de fluctuation. On peut aussi reconnaître, dans une certaine mesure, les limites de la prostate à droite. Elle paraît très volumineuse. A gauche et en haut ses contours sont effacés par une large plaque phlegmoneuse qui se continue vers la fosse ischio-rectale. Au niveau du lobe gauche il existe un point fluctuant. M. Guyon porte le diagnostic : prostatite suppurée avec fusée ischio-rectale. Le toucher rectal ne laisse percevoir aucun battement. La miction n'est pas gênée. Une incision pratiquée au niveau de la fosse ischio-rectale donne issue à un flot de pus. En introduisant l'index de la main gauche dans le rectum et l'index de la main droite dans la plaie, jusqu'au niveau de la prostate, on arrive à vérifier complètement le diagnostic porté.

On peut voir que chez ce malade l'abcès prostatique a évolué sourdement sans réaction et sans cause déterminante bien appréciable. Il n'a attiré l'attention qu'au moment où, sorti de la loge prostatique, il est venu envahir la région ischio-rectale. Après l'incision de l'abcès, l'état général est devenu meilleur. La plaie ischio-rectale a donné du pus sans urine pendant tout le mois d'avril et ne s'est fermée que dans les premiers jours de mai. Ce malade est resté dans le service jusqu'au 7 juin. A son départ, il était arrivé à uriner facilement et à vider sa vessie. La région prostatique, toujours empâtée, présentait une sorte de petite dépression au niveau du lobe gauche et la fosse ischio-rectale n'avait pas encore récupéré toute sa souplesse.

OBSERVATION VII

Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de trente et un ans avec uréthrite chronique. — Abcès de la prostate. — Frissons répétés et fièvre intense (40°). — Ouverture spontanée dans le rectum. — Phlébite probable des veines périprostatiques. — Guérison au bout d'un mois.

(Observation personnelle.)

Le nommé Périchon H..., cocher, âgé de 31 ans, entré à l'hôpital Necker le 13 mars 1879 (salle Saint-Vincent, lit n° 10, service de M. Guyon.)

Ce malade est déjà venu en 1877, dans le service de M. Guyon, pour se faire guérir d'un rétrécissement de l'urèthre, dont le début remontait à deux ans et dont la cause était facilement légitimée par l'existence de six chaudepisses antérieures. — La dilatation se fit très facilement, et le malade quitta l'hôpital au bout de quelques jours. — A sa sortie, il contracta une nouvelle chaudepisse et les difficultés de la miction apparurent de nouveau. Aux simples difficultés de la miction succédèrent bientôt des phénomènes de rétention complète, et, le 16 janvier, il fallut revenir à Necker. La dilatation fut reprise. Le 11 février, le n° 44 passait facilement et, le 13 février, le malade put quitter l'hôpital.

Le 13 *mars,* il revient encore demander un lit à la salle Saint-Vincent. Il s'est reposé trois ou quatre jours après sa dernière sortie de l'hôpital, puis il a dû reprendre son service à la Compagnie générale des omnibus. Huit ou dix jours après, il a été pris de frisson, de fièvre et de douleurs périnéales très vives. Il a néanmoins continué son travail pendant cinq ou six jours ; mais, au bout de ce temps, les frissons se répétant et les douleurs périnéales devenant de plus en plus vives, il a dû garder le lit. A ce moment, des phénomènes de rétention analogues à ceux qu'il avait eus autrefois se sont développés. Depuis quinze jours, aucune amélioration n'est survenue.

Actuellement, le toucher rectal permet de reconnaître une tuméfaction générale et douloureuse de la prostate. Le lobe droit est net-

tement fluctuant. Il n'y a pas de battements. L'interrogation la plus minutieuse ne révèle aucune cause déterminante à laquelle on puisse attribuer la production de cet abcès. L'uréthrite, située au-dessus du point rétréci, lui a servi tout à la fois de cause prédisposante et de cause déterminante. La température axillaire est très élevée et marque 40°.

Le 14 *au matin,* la température axillaire n'a pas baissé et M. Guyon se prépare à inciser l'abcès par le rectum ; mais, au moment de pratiquer l'incision, il constate, par le toucher, que la poche fluctuante prostatique s'est vidée. Le malade n'a certainement pas pissé du pus (ses urines sont conservées), mais il y a eu plusieurs selles pendant la nuit, et il y a tout lieu d'admettre que l'abcès s'est ouvert pendant un effort de défécation. La miction est d'ailleurs devenue très facile, et le malade, qui n'urinait ces jours derniers qu'à l'aide de la sonde, pisse tout seul ce matin. L'incision n'est donc pas jugée nécessaire.

Le 15 *mars au soir,* la température, axillaire est encore de 40°. Le malade pisse facilement et n'éprouve d'autre douleur qu'une cuisson assez vive au moment de la miction. Il n'a pas remarqué de pus dans les selles.

Le 17 *mars,* la température, qui s'est abaissée hier à 38°, remonte ce matin à 39°. La langue est blanche et un peu sèche. Pendant la visite, le malade a quelques frissons suivis de sueurs abondantes. Il n'a pas de complications pulmonaires. Il souffre en pissant, mais pisse très facilement. L'abcès de la prostate s'est manifestement vidé et cette exacerbation fébrile reste en somme sans explication. Le malade se plaint d'un peu de faiblesse du membre supérieur gauche; sa main gauche serre effectivement avec moins de force que la droite. La sensibilité est parfaitement normale.

Le 19 *mars,* la fièvre est tombée, la faiblesse du membre supérieur gauche s'est accentuée et le malade n'effectue avec ce membre qu'une sorte de reptation. Lorsqu'on imprime des mouvements au membre, on éveille une douleur localisée à la partie postérieure du deltoïde. Le grand pectoral est aussi un peu douloureux à la pression. Les articulations sont intactes. Peut-être faut-il voir là un simple accident rhumatismal, développé sous l'influence d'un courant d'air (la fenêtre de la salle s'ouvre à côté du lit du malade et justement à sa gauche). J'y avais pensé tout d'abord. M. Guyon m'a fait cependant remarquer qu'il y avait peut-être lieu d'incriminer quelque phénomène embolique, à la production duquel la

phlébite probable des veines prostatiques pouvait avoir pris part.

Le 20 mars, il n'y a plus trace d'élévation thermique. Il y a toujours des sueurs abondantes. L'impuissance du bras gauche et les douleurs pectoro-deltoïdiennes persistent. M. Guyon fait cesser le sulfate de quinine à l'influence duquel le malade est soumis depuis les frissons du 17 mars, et prescrit une potion avec 4 grammes de quinquina. Les différents symptômes persistent plusieurs jours, et même quelques phénomènes douloureux surviennent du côté du coude. A la fin du mois de mars, les douleurs de l'épaule disparaislsent, es sueurs cessent, et le malade retrouve en partie la liberté de ses mouvements.

Il quitte l'hôpital le 10 avril, complètement guéri. La prostate a presque retrouvé ses dimensions normales. La miction est normale, l'état général excellent. Seule, la faiblesse du membre supérieur persiste.

OBSERVATION VIII

Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de trente ans. — Urèthrotomie interne. — Suppuration périprostatique consécutive. — Incision de la collection purulente par le rectum. — Guérison quinze jours après l'incision.

(Observation personnelle.)

Le nommé Pomponneau (Alfred), âgé de 30 ans, entre à l'hôpital Necker le 17 mars 1879 (salle Saint-Vincent, lit n° 14, service de M. Guyon).

Ce malade a eu deux chaudepisses. La dernière, contractée en 1873, a duré cinq mois. Les premiers troubles de la miction datent actuellement de dix-huit mois. A cette époque, le jet de l'urine était devenu plus fin et plus faible. Enfin, la miction ne pouvait s'effectuer sans quelques efforts. Il y a un an, rétention complète d'urine et tentatives infructueuses de cathétérisme. A la suite d'un bain prolongé, le cours de l'urine s'est rétabli. Depuis cette époque, la miction est restée difficile, mais la rétention complète ne s'est plus reproduite. A plusieurs reprises, le malade s'est

sondé lui-même avec un n° 7 et s'est fait saigner souvent. Depuis deux mois, il a renoncé à se sonder lui-même. Actuellement, il retient très bien son urine et son état général est excellent. Le jet de l'urine est fin et tortillé. M. Guyon reconnaît l'existence de quatre rétrécissements dont le dernier siège au niveau du bulbe et laisse passer le n° 6.

Le 26 *mars,* uréthrotomie interne. Les sensations fournies par l'instrument attestent nettement que le dernier rétrécissement n'a rien de spasmodique.

Le 27 *mars,* température normale.

Le 28 *mars*, 40°4 à la visite du matin et 41°4 à la visite du soir (on provoque une forte sudation et le sulfate de quinine est prescrit); en même temps que cette élévation brusque de température, le malade accuse des élancements très douloureux le long du canal de l'urèthre.

Le 29 *mars,* chute de la température.

Le 30 *mars,* la température se maintient à 39°4 matin et soir. Les élancements de l'urèthre ont cessé, mais, en revanche, il existe une sensation de pesanteur anale très douloureuse.

Le 31 *mars,* la température du soir monte à 39°.

Le 1er *avril,* la température descend à 37°9 le soir.

Le 2 *avril,* depuis deux jours les douleurs anales ont été très violentes. Le malade éprouvait dans toute la région des battements très douloureux et ne trouvait de soulagement que dans la flexion exagérée des cuisses (couché sur le dos et accroupi en même temps, telle était son attitude de presque tous les instants). La défécation éveillait des douleurs excessives; la miction, pénible, était cependant moins douloureuse. Aujourd'hui les douleurs sont moins vives, l'empâtement périprostatique est nettement fluctuant.

Le 3 *avril,* le toucher rectal fournit les mêmes sensations; l'empâtement gagne les parties latérales, il n'y a pas de battements. M. Guyon incise l'abcès par le rectum et donne issue à une quantité notable de pus. Tous les symptômes douloureux ont immédiatement disparu.

Le 8 *avril,* la prostate est affaissée et la région a retrouvé sa souplesse. Les selles ne contiennent plus de pus.

Le 16 *avril,* guérison complète. Exeat.

OBSERVATION IX

Abcès de la prostate survenu après un cathétérisme maladroit chez un homme de soixante-quatorze ans affecté d'hypertrophie prostatique. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Guérison de l'abcès en un mois.

(Observation personnelle.)

Le nommé Mal.... du B., âgé de 74 ans, architecte, entré à l'hôpital Necker le 23 mai 1879 (salle Saint-Vincent, lit n° 10, service de M. Guyon).

Ce malade nie l'existence de toute chaudepisse antérieure. Il a eu la vérole à 26 ans et s'est toujours d'ailleurs bien porté. Depuis trois ans, il a eu quelques troubles du côté de la miction, dus à une hypertrophie de la prostate (miction fréquente, surtout pendant la nuit, etc.). Il y a quinze jours environ, à la suite de quelques fatigues, la miction est devenue plus difficile. Il urinait goutte par goutte et sentait qu'il vidait mal sa vessie. A cette époque, il a consulté un médecin. Le cathétérisme a été tenté avec une sonde métallique. Le bec de l'instrument est venu butter contre la prostate sans pouvoir franchir et le malade a pissé du sang pendant deux jours. Depuis cette tentative infructueuse, les difficultés de la miction se sont encore accentuées. Le malade éprouvait en outre des douleurs lancinantes du côté de la région prostatique et il s'est décidé à entrer à l'hôpital le 23 mai.

Le 24 au matin, M. Guyon l'examine. La vessie est distendue, le pouls bat 100 fois par minute et la température axillaire marque 38°2. La prostate est très volumineuse, tendue, et douloureuse à la pression. Le lobe droit est surtout volumineux. On ne sent pas de pouls rectal. Le tissu cellulaire périprostatique ne participe pas à la phlegmasie. Nulle part il n'y a trace de fluctuation. M. Guyon pratique, sans aucune difficulté, le cathétérisme à l'aide d'une sonde en gomme et vide la vessie. Le soir et le lendemain le cathétérisme est de nouveau pratiqué par mon collègue M. Monod, mais les difficultés de la miction persistent et la prostate reste très douloureuse à la pression et au cathétérisme.

Le 26 au matin, M. Guyon laisse une sonde à demeure. Dans la journée, une assez grande quantité de pus s'écoule par l'urèthre.

Cette évacuation est accompagnée d'un soulagement immédiat. Les douleurs disparaissent, et, dès le lendemain soir, la température descend à 37°. Depuis cette époque jusqu'au 8 juin la sonde est laissée à demeure, et l'amélioration de l'état général et local du malade s'accentue tous les jours. La prostate est devenue beaucoup plus souple, tout en restant très volumineuse; elle n'est plus douloureuse à la pression.

Le 9 juin, il s'écoule toujours du pus autour de la sonde. M. Guyon fait cesser l'usage de la sonde à demeure. A la visite du soir, le malade n'ayant pu uriner de la journée, M. Monod pratique le cathétérisme et retire un verre environ d'urine parfaitement claire.

Le 10 juin au matin, la sonde est remise en place; aucun incident nouveau ne survient. L'écoulement de pus se tarit, et, le 25 juin, la sonde est enlevée malgré les récriminations du malade.

Le 26 juin, il se sonde lui-même, vide bien sa vessie, se console enfin de n'avoir plus de sonde à demeure et quitte l'hôpital le 27 juin en parfait état.

OBSERVATION X

Hypertrophie de la prostate. — Excès de coït. — Abcès de la prostate. — Incision de la collection purulente par le rectum à l'aide de l'ongle de l'index. — Guérison.

(Observation inédite, communiquée par M. le docteur A. Desprès et par mon excellent collègue M. Ovion.)

Sequier (Antoine), 62 ans, employé de la ville, entré à l'hôpital Cochin le 21 mai 1879 (salle Saint-Jacques, lit n° 2, service de M. Desprès).

Il y a quatre ans, ce malade a été soigné dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, pour un rétrécissement de l'urèthre. Il se rappelle qu'à cette époque on avait trouvé, au toucher rectal, de l'hypertrophie prostatique.

Au mois de décembre 1878, quatre ou cinq jours après une chute, le testicule droit grossit sans devenir très douloureux. Le malade continua néanmoins son travail, mais douze jours plus tard, à la suite de fatigues de marche, il fut obligé de prendre le lit. Au bout d'un mois

et demi environ, le testicule restant toujours gros, il se décida à entrer à Cochin. Le diagnostic porté fut : orchite chronique avec hydrocèle vaginale. M. Desprès pratiqua une ponction suivie d'injection iodée. Quelque temps après, le malade quitta l'hôpital, n'ayant plus de liquide dans la tunique vaginale, mais ayant toujours le testicule droit gros comme un œuf de dinde.

Actuellement, il éprouve des douleurs sourdes vers le périnée. Les phénomènes douloureux ont débuté il y a cinq jours à la suite d'excès de coït. En même temps, les envies d'uriner ont pris une grande fréquence, la miction est devenue douloureuse et difficile. Des élancements sont ressentis dans le « fondement », la douleur irradie vers les reins et vers les membres inférieurs. A l'examen, on trouve sur le pénis une cicatrice blanche, à tache centrale pigmentaire, résultant d'un chancre que le malade a eu il y a vingt ans. Depuis le chancre, il n'y a eu aucune manifestation syphilitique. Le testicule droit présente le volume d'un œuf de dinde. On ne peut établir aucune délimitation entre le testicule et l'épididyme. Le cordon lui-même est très gros. L'ensemble forme une tumeur ferme très faiblement rénitente, absolument indolente, sans aucune bosselure, et pyriforme. Il n'y a pas de ganglions appréciables dans l'aine. Par le toucher rectal, on constate, au niveau du lobe gauche de la prostate, un empâtement analogue à celui qu'on trouve dans les inflammations péri-utérines. La pression avec le doigt est très douloureuse en ce point.

Le surlendemain, 24 mai, le point douloureux de la prostate est devenu fluctuant. M. Desprès pratique le cathétérisme et explore le bas-fond de la vessie avec le bec d'une sonde métallique, pour chercher s'il n'y a pas communication de la collection prostatique avec la vessie. Le résultat de cette manœuvre étant négatif, il pratique séance tenante le toucher rectal, et, avec l'ongle de l'indicateur, il déchire la muqueuse rectale et arrive sur l'abcès qu'il ouvre de la même manière. Cette incision, faite avec l'ongle, donne issue à une petite quantité de pus. Le malade est immédiatement soulagé. On prescrit des lavements pour tout pansement. Les jours suivants, toute douleur a disparu, la miction est redevenue facile.

1er *juin*. Par le toucher rectal on sent très nettement, au point incisé, une dépression en cul de poule. La pression à ce niveau n'est plus douloureuse.

Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XI

Abcès de la prostate chez un étudiant en médecine qui, atteint de blennorrhagie, s'était livré à des excès. — Ouverture spontanée dans l'uréthre, fusée purulente dans la fosse ischio-rectale et fistule consécutive. — La guérison de la fistule n'a été obtenue que neuf mois après la première poussée de prostatite.

(Je résume ici l'observation que M. X., étudiant en médecine, a rédigée lui-même, et qu'il a bien voulu me remettre, sur la demande de mon ami, M. le docteur Pozzi.)

M. X..., âgé de 22 ans, brun et lymphatique, a contracté une chaude pisse en février 1878. Il s'est mal soigné et mal guéri. Dans les premiers jours de mars, il éprouve, sans cause appréciable, de la pesanteur périnéale, du ténesme vésical et quelques épreintes anales. M. X... a dû bientôt garder le lit et il a fait appeler un médecin. A ce moment, la prostate était grosse et douloureuse (douze sangsues au périnée, cataplasmes sur la région périnéale, lavements laudanisés, purgatifs légers chaque jour).

Dix jours après, le malade a pu se lever et reprendre ses occupations. L'écoulement, très abondant, a cessé sous l'influence du cubèbe et du copahu, et, le 15 avril, la guérison était, en apparence, complète.

Le 15 mai, à la suite de quelques écarts de régime (coït et bière), l'écoulement uréthral a reparu, et quelques douleurs se sont éveillées au niveau de la région prostatique.

Cet état a persisté pendant le mois de juin et n'a fait que s'aggraver. Au commencement de juillet, la marche est devenue impossible. M. X... ne pouvait s'asseoir sans éprouver des douleurs intolérables, et le 19 juillet il a dû prendre le lit.

M. Pozzi fut appelé et constata de la fluctuation au niveau du lobe droit de la prostate. En outre, la prostate était le point de départ d'un empâtement phlegmoneux qui s'étendait jusqu'à la région périnéale tendue et douloureuse (cataplasmes, bains de siège et lavements laudanisés).

Le 23 juillet, M. X... a pissé un peu de sang et l'abcès de la prostate

s'est ouvert spontanément dans l'urèthre. Depuis quelques jours, la miction éveillait des douleurs excessives dans le fond du canal. Malgré l'ouverture de l'abcès, aucune amélioration n'est survenue, et, le 25, M. Pozzi a dû pratiquer sur les côtés de l'anus une incision de deux centimètres qui a donné issue à une petite quantité de pus. Cette fois, le soulagement a été immédiat.

Le 27 juillet, il est sorti un peu d'urine par la plaie périnéale, et M. Pozzi a conseillé au malade de se sonder toutes les trois heures avec une sonde molle. Un peu de cystite du col, survenue au bout de trois jours, a fait suspendre le cathétérisme. D'ailleurs, la fistule s'est fermée rapidement. L'écoulement uréthral a cédé en même temps sous l'influence du copahu, et, le 25 août, tout paraissait guéri.

Le 1er octobre, après de longues marches et des écarts de régime répétés, nouvel écoulement uréthral et réouverture de la fistule. M. Pozzi, consulté de nouveau, a dû agrandir la fistule à l'aide du bistouri. Des cautérisations au nitrate d'argent ont été faites dans le trajet. Le malade s'est fait des injections intra-uréthrales au sulfate de zinc, et, quinze jours après, la fistule et la chaudepisse étaient cette fois définitivement guéries. Le toucher rectal, pratiqué deux mois après, a permis de constater une atrophie complète du lobe droit de la prostate.

Actuellement, M. X. se porte admirablement bien, et ses fonctions génito-urinaires s'accomplissent très normalement.

OBSERVATION XII

Abcès de la prostate consécutif à des excès de boisson chez un homme de vingt-six ans atteint de blennorrhagie. — Incision par le rectum. — Guérison en vingt jours.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur Guyon.)

Le nommé Pons (Jean), âgé de 26 ans, garçon épicier, entré le 27 mars 1876 à l'hôpital Necker (salle Saint-Vincent, lit n° 15).

Le malade a eu la chaudepisse pour la première fois en 1874. L'écoulement a duré un mois et s'est arrêté. Un mois après, l'é-

coulement a reparu pendant quinze jours. Aucune complication n'est survenue au cours ou à la suite de cette première chaudepisse. Le malade a toujours pissé avec la plus grande facilité.

Il y a huit jours, à la suite d'un excès de boisson, le malade a ressenti un frisson assez violent et, presque aussitôt, la miction est devenue très difficile. Le repos, les diurétiques et les bains n'ayant amené aucune amélioration, il se décide à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, on constate une tuméfaction assez considérable de la prostate. Le lobe droit est particulièrement douloureux. Les envies d'uriner sont très fréquentes. Le malade pisse 50 fois par jour et, chaque fois, l'urine s'écoule seulement goutte à goutte. Il n'y a pas de rétrécissement de l'urèthre. Un explorateur n° 15 pénètre facilement jusqu'à la prostate; mais, là, il butte contre la forte saillie que la glande fait du côté de l'urèthre. M. Guyon porte le diagnostic : rétention d'urine par prostatite aigüe. Après quelques tentatives infructueuses, mais dirigées avec la plus extrême douceur, M. Guyon arrive à pénétrer dans la vessie à l'aide d'une sonde bi-coudée et prescrit le repos, des cataplasmes et trois prises de sulfate de quinine.

Le 29 mars, le cathétérisme est pratiqué à l'aide d'une sonde à grande courbure. La saillie uréthrale de la prostate est toujours très difficile à contourner.

Le 30 mars, le malade a pissé seul, il a rendu un peu de pus avec le premier jet d'urine.

Le 31 mars, les phénomènes de rétention réapparaissent et l'on est obligé de recourir de nouveau au cathétérisme.

Le 5 avril, le toucher rectal permet de reconnaître un point nettement fluctuant, au niveau du lobe gauche de la prostate. M. Guyon incise l'abcès par le rectum et donne issue à une quantité notable de pus.

Tous les symptômes s'amendent rapidement et le malade sort guéri le 17 avril.

OBSERVATION XIII

Abcès de la prostate provoqué chez un homme de vingt-six ans par une injection poussée avec violence dans le cours d'une blennorrhagie. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Guérison en un mois.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur Guyon.)

Le nommé Ficheux, âgé de 26 ans, entré le 11 février 1874 à l'hôpital Necker (salle Saint-Vincent, lit n° 18).

Le début de la chaudepisse remonte au 15 janvier. Dans les premiers jours de février, le malade s'est poussé avec violence une injection uréthrale (solution concentrée au sulfate de zinc). Dès le lendemain, des phénomènes de rétention apparaissent et des douleurs assez vives se déclarent du côté de la prostate. Le malade entre à l'hôpital le 11 février.

La prostate est douloureuse au toucher et très volumineuse. On pénètre facilement dans la vessie avec une sonde molle; une douleur très vive se manifeste au moment où la sonde franchit le col de la vessie. M. Guyon recommande de sonder le malade trois fois par jour.

Le 13 février, on ne peut pénétrer dans la vessie qu'avec le secours d'une sonde à béquilles.

Dans la nuit du 14 au 15, efforts violents pour aller à la garderobe et production d'une hernie inguinale.

La hernie est réduite sous le chloroforme. Le malade ne peut plus s'asseoir sans être pris aussitôt d'un besoin pressant de pisser.

Dans la nuit du 16 au 17, une certaine quantité de pus est rendue par l'urèthre. La miction devient aussitôt facile et développe tout au plus un peu de cuisson. La station assise ne provoque plus de symptômes douloureux, et, le 22 février, le malade quitte l'hôpital, complètement guéri.

OBSERVATION XIV

Abcès périprostatique chez un homme de quarante-cinq ans atteint de rétrécissement de l'urèthre. — Hémorrhagie très grave à la suite de l'incision pratiquée par le rectum. — Guérison quinze jours après l'incision.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur Guyon.)

Le nommé Duvallet, âgé de 45 ans, entré à l'hôpital Necker le 2 mai 1873 (salle Saint-Vincent, lit n° 10).

Rétrécissement très dur. — Uréthrotomie le 19 mai. — Sort le 15 juin. — Revient à l'hôpital le 3 août 1873. Miction difficile, nécessite des efforts, mais non douloureuse. Toucher : induration douloureuse sans battements, allant du côté latéral droit de la prostate, jusqu'à la paroi du petit bassin. (Lavements émollients.)

Le 7 août, l'empâtement se ramollit. La miction est devenue douloureuse (fond du canal), l'empâtement s'étend et gagne le sacrum.

Le 11 août, l'induration gagne la fosse ischio-rectale.

Le 13, l'induration se ramollit nettement.

Le 14 août, incision du foyer phlegmoneux par le rectum. Quelques instants après, en allant à la selle, le malade rend beaucoup de sang (glace dans le rectum). L'hémorrhagie continue, devient très abondante; on finit par l'arrêter par le tamponnement (potion : eau-de-vie et quinquina).

Le 15, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite ; le malade souffre peu

Le 18, le malade a rendu son tampon hier soir, en allant à la selle. Pas de fièvre, miction facile et non douloureuse, amélioration marquée.

Le 19, le malade a rendu beaucoup de pus hier, en allant à la garde-robe. Plus trace de sang. Urine bien, ne souffre plus du tout. Les garde-robes elles-mêmes sont indolentes.

Le 27. Toucher : l'empâtement périprostatique a disparu, on ne trouve plus qu'un peu d'induration sur le côté droit de la prostate.

Sort guéri, le 1er septembre 1873.

Depuis son uréthrotomie, le malade n'a pas été sondé. On lui passe le n° 18 avant son départ.

OBSERVATION XV

Abcès de la prostate provoqué par une course de quinze lieues à cheval. — Ouverture par le cathétérisme. — Guérison rapide. — Troubles consécutifs pendant l'émission du sperme.

(Dugas. — Thèse, Montpellier, 1832. — Observation résumée.)

Pierre Portal, âgé de 26 ans, fait appeler le docteur Reimonencq le 25 juillet 1832.

Deux jours avant, et à la suite d'une course de 15 lieues à cheval, le malade a éprouvé de la douleur en urinant, des élancements dans le rectum, une envie presque continuelle d'aller à la selle, sans pouvoir la satisfaire. Un lavement fortement purgatif a été prescrit; mais, aussitôt après, il y a eu de la fièvre, du délire et des phénomènes de rétention. Bien que des bains de siège, des lavements émollients, etc., aient un peu amendé les symptômes, les difficultés de la miction ont persisté avec ténesme, fièvre et frissons irréguliers tous les soirs.

Lorsque M. Reimonencq examine le malade le 25 juillet, le ventre est ballonné et douloureux. La prostate est très volumineuse et très douloureuse. Une sonde d'argent est introduite dans le canal et s'arrête à 7 pouces, en donnant la sensation d'un obstacle « élastique ».

M. Reimonencq, soutenant la prostate à l'aide de l'index gauche introduit dans le rectum, appuie fortement, à l'aide de la main droite, sur le pavillon de la sonde, pénètre dans l'abcès et donne issue à un demi-verre de pus blanc et sans odeur.

Guérison très rapide.

Le malade a été revu deux mois après par M. Reimonencq : « Il se plaignait d'une douleur aiguë pendant l'éjaculation; il avait remarqué que cette dernière était de moitié moins abondante qu'avant sa maladie. » M. Reimonencq a cru pouvoir attribuer ce phénomène à « l'oblitération de l'un des conduits éjaculateurs par l'inflammation et la fonte de la prostate réduite au tiers de son volume. »

OBSERVATION XVI

Suppuration prostatique provoquée par des excès de masturbation. — Rétention. — Ponction hypogastrique. – Ouverture spontanée dans le rectum et dans l'urèthre. — Fusée purulente dans la région périnéale. — Fistule persistante. — Guérison au bout de six mois.

(Verdier. Le Vigan, 1837. — Observ. résumée.)

Auvergnat de 24 ans, entré le 14 janvier 1832, dans le service de M. Lallemand, à l'hôpital Saint-Éloi.

Depuis dix ans, le malade s'adonne avec ardeur à la masturbation. A la suite d'un voyage qu'il fit à pied pendant l'hiver 1831, il eut une première menace de rétention qui céda sous l'influence de quelques bains, du repos et des boissons émollientes.

Vers le milieu de septembre, après s'être violemment masturbé, il eut une rétention complète d'urine. Ce ne fut que le surlendemain qu'il fit appeler un chirurgien. Celui-ci pratiqua le cathétérisme avec une grosse sonde en gomme, fit une saignée, prescrivit un bain et constata, par le rectum, une augmentation de volume de la prostate.

Ces moyens n'empêchèrent pas la rétention d'urine de survenir encore la nuit suivante, et, cette fois, les tentatives de cathétérisme furent infructueuses. Un autre chirurgien ne fut pas plus heureux. Il se servit d'une sonde fine, fit horriblement souffrir le malade, sans pouvoir pénétrer dans la vessie, prit le parti de faire une ponction sus-pubienne et laissa une sonde à demeure. Dix jours après cette opération, un abcès de la prostate s'ouvrait dans le canal et dans le rectum. Dès lors, les urines et le pus s'écoulèrent par ces deux voies. Pendant trois mois et demi, on laissa une sonde à demeure dans le trajet de la ponction hypogastrique.

C'est le 15 janvier que M. Lallemand examina le malade. Le toucher rectal lui fit reconnaître, à la place de la prostate, deux mamelons inégaux, indurés, du volume de deux gros pois. (Dilatation progressive du canal. Cautérisation de la fistule hypogastrique.) Bientôt il fallut ouvrir un abcès périnéal. L'urine passait par la fistule du rectum et par la plaie du périnée. Il ne s'en écoulait presque pas par l'urèthre. Le malade quitta l'hôpital cinq mois après.

Arrivé chez lui, il retrouva bientôt son embonpoint. La fistule périnéale s'oblitéra complètement, les forces génitales se ranimèrent. Des excès de masturbation furent commis de nouveau, et, dès le 15 mai, il vint encore réclamer des soins à l'hôpital Saint-Éloi, pour sa fistule périnéale.

M. Lallemand mit à demeure une sonde n° 10.

Le 30, la fistule était fermée et, le 15 juin, le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XVII

Abcès de la prostate. — Incision périnéale profonde dès le début. — Guérison rapide. — Huit ans après, nouvelle chaudepisse. — Nouvel abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre et le rectum. — Émission du sperme par le rectum.

(Obs. de Lallemand in Clinique méd.-ch., 1845, p. 268.)

« M. B..., officier de marine, eut à 25 ans une blennorrhagie, puis un rétrécissement qui nécessita l'usage des sondes; il survint bientôt de la pesanteur vers le col de la vessie, une tumeur dure et profonde se développa au-devant du sphincter; l'indicateur introduit dans le rectum fit reconnaître qu'elle dépendait d'un gonflement phlegmoneux de la prostate. M. Lallemand plongea aussitôt un bistouri à travers le périnée dans la direction du col de la vessie; il sortit d'abord peu de pus par l'incision, parce qu'il n'était pas encore réuni en foyer; mais les jours suivants il s'en écoula une grande quantité. Le cours des urines se rétablit immédiatement, et la cicatrisation fut terminée en quelques jours. Une cautérisation de la surface prostatique de l'urèthre fit complètement disparaître l'écoulement abondant qui persistait. »

« Huit ans après, M. B... contracta une nouvelle blennorrhagie, se fatigua, et ressentit, vers le col de la vessie, les mêmes symptômes que la première fois; mais, au moment de son arrivée à Montpellier, l'abcès de la prostate se vida dans le rectum. Pendant la première semaine, la suppuration fut abondante et phlegmoneuse; après quoi, l'écoulement du canal redoubla et celui du rectum diminua. Deux jours après, une partie des urines fut rendue par l'anus, chaque fois

que le malade vidait sa vessie. Enfin, au bout de deux mois, ayant éprouvé tous les phénomènes d'une pollution nocturne, il ne trouva en s'éveillant que quelques gouttes de sperme à l'ouverture du canal, et il rendit, en allant à la selle, une matière abondante qui avait tous les caractères de la liqueur séminale. Ces phénomènes se reproduisirent tous les huit ou dix jours environ. Avec plus d'attention encore, il constata que, indépendamment de ces pollutions nocturnes extraordinaires, il rendait, tous les jours, du sperme en moindre quantité par le rectum, sans érection préalable. Il a été possible de vérifier plusieurs fois l'exactitude de ces observations. »

« Cependant, au bout de deux mois, ces pollutions d'un nouveau genre diminuèrent, et, quinze jours après, toute évacuation séminale cessa par le rectum ; elles n'ont point reparu depuis. Une cautérisation de la surface prostatique fit encore cesser en quelques jours l'écoulement abondant qui persistait par le canal, et M. B... sortit de l'hôpital, complètement guéri de cette grave maladie, par le seul usage des sondes, qu'on retirait même aussitôt qu'elles provoquaient la moindre irritation, la plus légère fatigue. »

M. Lallemand a revu M.B.., quatre ans plus tard. Il revenait d'un long voyage sur mer ; sa santé était parfaite, et les fonctions génitales s'exécutaient d'une manière satisfaisante. Cet état s'est maintenu ensuite sans variation.

OBSERVATION XVIII

Excès de boissons au cours d'une blennorrhagie. — Abcès de la prostate. — Ouverture dans l'urèthre pendant le cathétérisme. — Suppuration prolongée. — Taille bilatérale. — Guérison.

(Lallemand, Clin. méd.-chir., 1845. — Obs. résumée.)

Edg. Dominique, fusilier au 38e de ligne, âgé de 20 ans, contracte une chaudepisse dans les premiers jours de janvier 1844.

Le 15 janvier, rétention d'urine à la suite de copieuses libations.

Le 18, la rétention est complète, le malade entre à l'hôpital. L'interne de garde pratique le cathétérisme avec beaucoup de difficulté et les urines évacuées laissent déposer une grande quantité de pus.

Le lendemain, symptômes de péritonite : six jours après, la périto-

nite était hors de cause, mais l'état général du malade allait s'aggravant ; écoulement purulent par l'urèthre, fièvre continuelle avec exacerbation le soir. Le toucher rectal montre que la prostate est réduite à une coque fibreuse.

Le 14 février, M. Lallemand, pour vider à coup sûr le foyer prostatique, pratique la taille bilatérale. Du pus fétide s'écoule en grande abondance par la plaie et le doigt introduit dans la prostate constate une excavation de l'étendue de la moitié d'un œuf, plus prononcée à gauche qu'à droite.

Dès le lendemain, amélioration notable et, le 2 mai, guérison complète.

OBSERVATION XIX

Abcès de la prostate chez un sujet atteint de cystite cantharidienne. — Ouverture dans l'urèthre pendant le cathétérisme. — Guérison.

(Olive, Union médicale, 1866. — Obs. résumée.)

Après des courses forcées à pied et à cheval, le 20 mai, un homme, déjà grippé depuis un mois, est pris de frisson en rentrant chez lui, et, à peine au lit, d'une douleur au côté gauche du thorax avec céphalalgie, fièvre, soif, toux, expectoration jaunâtre et vomissements.

Malgré l'application de quarante sangsues *loco dolenti*, les crachats se rouillent et une dyspnée intense se manifeste. Le lendemain matin, on est obligé d'appliquer à nouveau quarante sangsues ; la suffocation est extrême. A quatre heures de l'après-midi, la respiration redevient normale et le malade cause sans effort. Après une nuit passable, la suffocation reparaît le lendemain 22, à la même heure, avec tout le cortège des autres symptômes. Le docteur Olive, qui avait vu le malade les deux jours précédents, étant absent, un autre médecin, appelé à la hâte, fait appliquer un large vésicatoire de 25 centimètres de diamètre. On pratique une saignée de 800 grammes; la suffocation persiste néanmoins et cesse comme la veille, vers quatre ou cinq heures du soir.

M. Olive prescrit 1 gramme de sulfate de quinine en solution, à prendre en deux fois, et autant en lavements.

La soirée et la nuit sont satisfaisantes, mais de fréquentes envies d'uriner surviennent avec tension douloureuse au bas-ventre et cha-

leur du canal en urinant. Le vésicatoire est enlevé. Pas d'accès le 23 mai. Les symptômes de cystite augmentent. Un bain de siège, un bain entier, n'arrêtent pas ces accidents. La fièvre s'allume, l'agitation augmente. L'urine ne sort que goutte à goutte et on pratique le cathétérisme, mais le soulagement n'est que momentané. Le ténesme vésical et anal reparaît avec sensation de brûlure au périnée, où le toucher éveille des douleurs très-vives. Un deuxième cathétérisme provoque de violentes douleurs dans la région prostatique; l'urine est louche, le toucher rectal montre que la prostate est volumineuse, très douloureuse et non fluctuante.

Du 23 *au* 27 *mai*, tous les accidents thoraciques ayant cessé « comme par enchantement », la rétention d'urine et tous les phénomènes qui en sont la conséquence s'accusent davantage, malgré les bains, les cataplasmes et les onctions belladonées.

Le cathétérisme rencontre un obstacle de plus en plus invincible qui bientôt ne peut plus être franchi par la sonde. Elle butte contre une sorte de bourrelet saillant au niveau du col, et provoque des douleurs excessives.

Le 27 mai, on fait un effort pour pénétrer dans la vessie. L'obstacle est franchi tout à coup et un jet de pus sort par la sonde qui pénètre peu à peu dans la vessie. La cessation des souffrances est immédiate, tous les accidents s'apaisent et bientôt tout danger est conjuré. La guérison fut rapide.

OBSERVATION XX

Abcès de la prostate avec fusée inter-vésico-rectale chez un jeune homme de vingt-quatre ans qui s'était livré à des excès alcooliques et dont le périnée avait été le siège d'une sorte de contusion chronique professionnelle. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Mort quinze jours après, par infection purulente.

(Laforgue, Archiv. gén. de méd., 1842. — Observ. résumée.)

Ordonneau, vingt-quatre ans, coutelier, entre le 17 novembre 1839 à l'hôtel-Dieu de Toulouse avec une rétention complète d'urine qui dure depuis douze heures et dont il ignore complètement la cause.

Bonne constitution ; jamais d'affections vénériennes, aucune lésion du côté des organes génito-urinaires.

Dans ces derniers temps, avant l'apparition des premiers symptômes, le malade s'est plusieurs fois livré à des excès de boissons alcooliques. Il n'a pas reçu de contusion sur le périnée; cependant il fait observer qu'il est principalement occupé au repassage des instruments et, qu'à cet effet, il est assis à califourchon sur un banc, le corps penché en avant et appuyé contre le support de la meule. Dès lors, le périnée porte sur un corps dur, une grande partie de la journée.

Douzejours environ avant son entrée à l'hôtel-Dieu,ce jeune homme éprouva pour la première fois une légère difficulté d'uriner. Le jet de l'urine n'était pas aussi libre qu'à l'ordinaire et ne s'effectuait qu'après quelques efforts de la part de la vessie. Il apporta d'abord peu d'attention à ce dérangement fonctionnel et continua son travail. Mais bientôt, à cette difficulté persistante, se joignit un fréquent besoin d'uriner. Le malade ne rendait, chaque fois, que quelques gouttes d'urine dont la sortie était accompagnée de douleurs dans la partie postérieure de l'urèthre. Dès ce moment, il lui devint impossible de continuer son travail de repasseur, la position assise qu'il était obligé de prendre donnait lieu à des douleurs continues. Pour toute médication, il prit quelques bains et il se mit à l'usage des boissons émollientes. Ces moyens n'apportèrent aucun soulagement. Le 16 novembre, les douleurs étaient plus fortes et le malade fut vivement tourmenté par le besoin d'uriner. Pendant la nuit, la rétention fut complète.

Le 17 *novembre*, à son entrée à l'hôtel-Dieu, ce jeune homme accuse de vives douleurs dans le bas-ventre. La région hypogastrique est tuméfiée et douloureuse à la pression. La vessie est distendue par l'urine. On pratique le cathétérisme, mais l'introduction de la sonde détermine un spasme si violent du canal, qu'on est obligé de la retirer (elle avait à peine dépassé la fosse claviculaire). On prescrit un grand bain et vingt sangsues sur la région périnéale. Le cathétérisme fut ensuite essayé de nouveau, et, cette fois, une sonde en argent parvient dans la vessie sans trop de difficulté.

Après le cathétérisme, les douleurs cessent et le calme s'établit.

Le 18. Le malade n'a pas uriné depuis la veille. La vessie est distendue et les douleurs très vives. Le cathétérisme est pratiqué par le chef de service qui constate un obstacle dans la région prosta-

tique de l'urèthre. Une grande quantité d'urine limpide s'écoule par la sonde, le soulagement est immédiat. Le cathétérisme fut pratiqué plusieurs fois dans la journée.

Le 19, Ordonneau est plus souffrant; la rétention d'urine est toujours complète. Lorsque la vessie est vide, il est calme; mais, aussitôt que l'urine est accumulée dans cet organe, les douleurs reparaissent et prennent de l'acuité. (*Prescription* : Diète, vingt sangsues au périnée, frictions mercurielles sur l'hypogastre. On essaie de placer une sonde à demeure dans la vessie; mais sa présence détermine de vives douleurs dans l'urèthre et de l'agitation; on est obligé de la retirer.)

Le lendemain et les jours suivants, l'état général reste stationnaire, sans amélioration notable; cependant les douleurs sont moindres, la fièvre a diminué, la rétention est toujours complète. Plusieurs fois par jour, on pratique le cathétérisme. L'obstacle qui occupe la région prostatique de l'urèthre est moins résistant.

Le 23, l'état du malade est assez satisfaisant. Pendant la nuit il a rendu quelques gouttes d'urine, leur sortie a déterminé une vive douleur dans l'urèthre; c'est la première fois, depuis huit jours, que l'urine s'écoule par le canal sans le secours de la sonde.

L'état général devient cependant mauvais; pouls fréquent, chaleur à la peau, et, dans la soirée, frisson suivi de chaleur et de fièvre.

Le 25, au matin, nouveau frisson suivi de sueurs et d'un paroxysme fébrile. L'état général s'est encore aggravé. Les urines sortent librement. A huit heures du soir, nouveau frisson et sueur abondantes pendant la nuit.

Le 26, abattement profond. Fièvre continue, soif vive, langue sèche; nouveau frisson dans la matinée. On prescrit 1 gramme de quinine. Les jours suivants, l'état général ne fait que s'aggraver. Les frissons se multiplient, et le malade meurt le 30, avec tous les signes classiques de l'infection purulente.

Nécropsie. — *Organes urinaires.* La vessie contient une petite quantité d'urine trouble. Dans le bas-fond, la muqueuse présente quelques taches grisâtres limitées, ayant de 8 à 10 millimètres d'étendue, ressemblant assez bien à celles qui résulteraient d'une légère cautérisation par le nitrate d'argent. Ces plaques sont superficielles et n'intéressent pas toute l'épaisseur de la muqueuse.

Dans toute la portion prostatique du canal, la muqueuse uréthrale est mobile, fluctuante et ramollie. Elle est percée de plusieurs ou-

vertures situées sur les parties latérales du verumontanum. Ces ouvertures sont petites, allongées, au nombre de cinq; la plus grande peut avoir 8 millimètres de longueur; elles communiquent avec l'intérieur de la prostate. Au delà de la région prostatique la muqueuse uréthrale ne présente pas d'altération.

Au-dessous des ouvertures dont je viens de parler, existe un vaste foyer purulent qui occupe l'intérieur de la prostate et qui se prolonge en arrière, entre la vessie et le rectum. Cette dernière région est convertie en un clapier limité en avant par la paroi inférieure de la vessie, en arrière par le rectum, et en haut par le péritoine. Il communique en avant avec l'abcès de la prostate. Les parois de la vessie et du rectum sont baignées par le liquide purulent qui remplit ce large foyer; elles ne sont ni ulcérées ni perforées, mais elles sont recouvertes par des détritus provenant de la mortification du tissu cellulaire. La prostate n'est pas complètement détruite par la suppuration. La cavité centrale, remplie de pus, est circonscrite en avant et latéralement par une couche mince de tissu glanduleux et par la membrane fibreuse; mais, en arrière, la base de la glande étant détruite, cette cavité se confond avec le clapier vésico-rectal. Ce vaste foyer est rempli par un liquide purulent grisâtre, fétide, ayant une odeur ammoniacale; c'est un mélange de pus et d'urine contenant les débris des tissus gangrénés. Les veines du bassin n'ont pas été examinées.

Abdomen. Sur la face supérieure du foie, existent deux abcès métastatiques sous la forme de deux bosselures, qui, étant incisées, donnent issue à un pus jaunâtre caractéristique.

La muqueuse de l'estomac présente des traces d'inflammation. Deux larges plaques livides occupent sa face postérieure qui est ramollie.

Les intestins ne présentent pas d'altération.

Thorax. La cavité pleurale droite est remplie, par de la sérosité mêlée à des fausses membranes et à des exsudations plastiques qui recouvrent le poumon. Cet organe, comprimé par le liquide, est refoulé contre la colonne vertébrale. Dans son lobe supérieur sont deux abcès métastatiques. Le poumon gauche est volumineux, crépitant. Sur sa surface sont plusieurs bosselures qui contiennent du pus; dans le lobe supérieur est un abcès beaucoup plus grand contenant un pus grisâtre ayant les caractères qui sont propres à ces collections purulentes.

Tête. Injection des méninges. Point d'altération dans le cerveau.

OBSERVATION XXI

Rétrécissement de l'urèthre. — Uréthrotomie externe sans conducteur. — Abcès de la prostate. — Incision par le rectum avec l'ongle. — Ouverture spontanée dans le péritoine.

(Dransart, *Progrès médic.*, 1873. — Obs. résumée.)

Le nommé Bellon (Robert), âgé de 35 ans, entre le 21 juillet 1872 à l'hôpital Cochin, baraque n° 2, n° 89 (service de M. Desprès), pour une rétention d'urine presque absolue.

On constate un rétrécissement de l'urèthre (impossibilité de passer une bougie) et en même temps un abcès urineux au périnée, au niveau du bulbe. Le début des accidents remonte à six mois. Blennorrhagie ancienne.

Le 22 juillet, incision de l'abcès. Les jours suivants, apparition sur le dos de la verge, au niveau du ligament suspenseur d'une tumeur indurée qui semble être intimement unie au corps caverneux au point de simuler une pénitis.

Le 30 juillet, la petite tumeur ramollie donne issue à du pus à travers la peau perforée ; il ne sort pas d'urine par l'ouverture de ce petit abcès.

31 *juillet*. Cathétérisme avec bougie fine en baleine. La bougie franchit un premier rétrécissement et est arrêtée par un second à la partie antérieure de la partie membraneuse. Frisson dans la journée et fièvre. L'urine ne coule que goutte à goutte par l'ouverture de l'abcès urineux.

1er *août*. M. Desprès fait l'uréthrotomie externe sans conducteur. L'opération fut rapidement conduite à terme. Une sonde fut introduite dans la vessie et laissée à demeure. Comme particularité, on constata une douleur très vive au toucher rectal, ce qui inspira des craintes au sujet de la prostate.

2 *août*. On fait une injection d'eau tiède dans la vessie. Pas de fièvre.

3 *août*. M. Desprès ouvre l'abcès de la prostate avec son ongle. Mort le soir.

Autopsie. Péritonite généralisée. Fausses membranes. Dans le cul-

de-sac péritonéal recto-vésical, on constate une ouverture ronde, large de 2 millimètres, par laquelle on fait sourdre du pus venant de la prostate. L'examen du rectum ne laisse apercevoir, chose étrange, aucune ouverture communiquant avec l'abcès.

La prostate n'existe plus, il n'y a plus qu'une vaste poche purulente.

Hypertrophie considérable de la vessie. Muqueuse injectée. Plaques rouges et noires.

OBSERVATION XXII

Abcès prostatique aigu chez un tuberculeux de quarante et un ans. — Ouverture spontanée dans l'urèthre et le rectum. — Mort du fait de l'affection thoracique.

(Balzer, Bull. Soc. anat., 1873. Observ. résumée.)

Le nommé B..., âgé de 41 ans, entre le 3 janvier 1876 au n° 4 de la salle Saint-Michel (service de M. Empis, à la Charité).

Grande faiblesse, tousse depuis trois mois, sueurs nocturnes, maigreur extrême, écoulement purulent des deux oreilles depuis plusieurs années. Matité, craquements et respiration soufflante aux deux sommets; râles disséminés dans toute la poitrine. Sa chemise est mouillée par une grande quantité de pus extrêmement fétide, qui sort continuellement de l'urèthre, surtout pendant la nuit. Douleurs très vives sur le trajet de l'urèthre, surtout au moment de la miction. On pense d'abord à une blennorrhagie extrêmement intense (le malade déclare qu'il en a eu plusieurs antérieurement, et l'on ordonne le cubèbe).

Le surlendemain de son entrée, paralysie faciale gauche. Les jours suivants, la paralysie faciale s'accentue, la surdité devient complète, le cubèbe reste sans effet. L'écoulement uréthral devient de plus en plus épais et reste très fétide. M. Empis prescrit des injections vésicales avec l'eau de goudron, le soir même M. Balzer fait une première tentative de cathétérisme. La sonde butte au niveau de la portion membraneuse et provoque une vive douleur. La sonde est aussitôt retirée, et un jet de pus épais, noirâtre, suit immédiate-

ment la sortie de l'instrument. Le surlendemain matin, le malade est soulagé et urine plus facilement. Deux essais de lavage vésical sont encore tentés inutilement. Le toucher rectal ne fait découvrir « aucune tuméfaction bien nette du côté de la prostate ».

Les tentatives ne furent pas renouvelées; le malade continua à rendre du pus, mais celui-ci prit d'autres caractères. Il devint plus épais, plus fétide, et renfermait des parcelles de matière fécale.

M. Gosselin, appelé en consultation, pratiqua le cathétérisme sans pouvoir pénétrer dans la vessie. Il fit un second essai, en pratiquant en même temps le toucher rectal, et sentit facilement le bec de la sonde dans le rectum; la prostate lui parut réduite à une espèce de coque; le même jour, en allant au bain, le malade fut pris d'un frisson violent et dut remonter dans la salle. Crachats jus de pruneaux, souffle tubaire à gauche et à la base. — Mort à minuit, le 3 février.

Autopsie. — Caverne aux deux sommets avec îlots de pneumonie caséeuse, hépatisation rouge dans presque toute l'étendue du lobe inférieur du poumon gauche. Ulcérations tuberculeuses très nombreuses dans l'intestin grêle. Le gros intestin est sain dans toute la portion descendante du colon jusqu'au rectum. Cerveau, cervelet et bulbe sains. Le rocher présente des granulations et de petits foyers caséeux sur sa coupe. Les osselets sont complètement détruits, les cellulcss mastoïdiennes sont remplies de pus.

Les reins, les bassinets et les uretères sont sains; la muqueuse uréthrale, saine dans toute sa portion pénienne, est enflammée dans sa portion prostatique et le verumontanum est très développé.

Au-dessus de la prostate, on trouve un cloaque très étendu qui a disséqué le rectum dans sa portion inférieure et qui communique avec cette portion de l'intestin par deux ouvertures irrégulières à bords indurés et déchiquetés situés sur la face postérieure et séparés l'un de l'autre par une portion de muqueuse large de 1 centimètre.

A sa partie supérieure, le cloaque ne remonte pas au-dessus de la prostate; à sa partie inférieure, il descend jusqu'au sphincter de l'anus. Il est très évasé à sa partie postérieure, plus étroit à sa partie antérieure où il vient se terminer à 5 centimètres du col de la vessie, après avoir détruit l'urèthre à sa partie inférieure, dans une étendue de 3 centimètres environ.

Les vésicules séminales sont saines ainsi que les testicules.

La face inférieure de la prostate est creusée d'une excavation qui

admet facilement la pulpe du doigt; elle ne présente pas de lésions sur la coupe, et l'examen microscopique a prouvé ultérieurement qu'elle était parfaitement saine.

OBSERVATION XXIII

Abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Fusée à travers la grande échancrure sciatique jusqu'au niveau de la région trochantérienne. — Mort.

(Observation recueillie à l'hôpital Necker et transcrite à la page 51 du registre d'observations de la salle Saint-Vincent. — La pièce, préparée par M. Reverdin, figure au n° 19 de la collection particulière de M. le professeur Guyon.) (Voir Pl. II.)

Le nommé Casidanius (François), âgé de 44 ans, entré à l'hôpital Necker le 27 décembre 1868 (salle Saint-Vincent), mort le 14 janvier 1869.

Les lésions prostatiques et vésicales datent de plusieurs mois; l'abcès qui siège à la partie externe de la racine de la cuisse est plus récent, mais on ne peut obtenir du malade aucun renseignement exact. Plusieurs tentatives de cathétérisme sont faites, mais on ne dépasse pas la région prostatique, et la sonde ramène du pus. Avec une sonde à grandec ourbe, on arrive dans la vessie et il s'écoule de l'urine claire jusqu'aux dernières gouttes. La vessie, contenait peu d'urine; par le toucher rectal on sent le bec de la sonde sous la muqueuse; elle semble s'engager dans une cavité. Les parois du rectum ne sont pas épaissies.

Le 30 *décembre*, M. Guyon incise largement l'abcès de la cuisse et place un tube à drainage. Issue d'une grande quantité de pus fétide.

Le 31 *décembre*, pouls 130. Injection dans la plaie avec de l'eau additionnée d'eau-de-vie camphrée.

Les jours suivants, le malade a des frissons répétés. Il demande souvent qu'on le sonde parce qu'il éprouve, en urinant, une sensation de brûlure dans le canal.

Le 3 *janvier*, pouls : 108. *Le* 4 *janvier*, frisson et fièvre. *Le* 5, la fièvre persiste. Pus très odorant. *Le* 8, accès de fièvre.

Le malade meurt *le 14 janvier.*

Autopsie, le 16 janvier. — Le crâne n'est pas ouvert, les organes thoraciques ne présentent aucunes lésions, sauf quelques adhérences aux deux poumons.

Poumons. — Les poumons ne renferment ni tubercules ni abcès.

Cœur. — Le cœur est sain.

Foie. — Le foie est volumineux et paraît un peu gras.

Rate. — La rate est grosse, son parenchyme est ferme.

Intestins. — Les intestins ne sont pas ouverts, mais ils paraissent sains.

Péritoine. — Le péritoine ne présente ni épanchement ni fausses membranes.

Vessie. — La vessie est petite, ratatinée et appliquée contre la symphyse. On l'enlève avec les reins et la verge.

Urèthre et prostate. — Une sonde est d'abord introduite dans l'urèthre, elle pénètre jusque sous la symphyse; on fend l'urèthre dans toute cette étendue et l'on n'y rencontre aucune lésion. Faisant alors basculer le bec de la sonde du côté droit, on pénètre dans la vessie et l'on continue la section de l'urèthre : on découvre alors sur le côté gauche et postérieur du canal, au niveau de la portion prostatique, trois ouvertures ovalaires séparées par de petits ponts de muqueuse; les ouvertures conduisent dans une cavité remplie de pus qui occupe la région prostatique. La glande est presque complètement détruite. Le pus de l'abcès est en contiguïté avec le rectum; cet abcès de la prostate communique à gauche avec le petit bassin. Les muscles, obturateur interne et pyramidal, baignent de ce côté dans un pus grisâtre, fétide, et leurs fibres sont en partie détruites.

Au niveau de la partie supérieure de la grande échancrure sciatique, le pus a fusé au dehors du bassin; une sonde, conduite dans c trajet, pénètre dans la fesse et vient ressortir par l'incision de la cuisse en contournant le grand trochanter; ce dernier baigne dans le pus; il est à nu, sa surface est rugueuse. On rencontre encore une petite collection purulente dans la gaine du psoas, en dehors des vaisseaux iliaques. L'urine contenue dans la vessie est purulente, les vésicules séminales sont englobées dans un tissu cellulaire induré et épaissi dont on ne peut les isoler complètement.

OBSERVATION XXIV

Rétrécissement uréthral consécutif à de nombreuses chaudepisses. — Uréthrotomie interne. — Deux jours après l'opération, imprudence et refroidissement. — Cystite. — Abcès de la prostate. — Fusée purulente vers le rebord des fausses côtes gauches. — Mort.

(Observation recueillie à l'hôpital Necker par M. Curtis et transcrite à la page 175 du registre d'observation de la salle Saint-Vincent. — La pièce figure au n° 55 de la collection particulière de M. le professeur Guyon.) — (Voir Pl. III.)

Le nommé Herber, âgé de 42 ans, entré à l'hôpital Necker le 14 septembre 1872 (salle Saint-Vincent, lit n° 20); mort le 16 décembre 1872.

Ce malade a mené une existence fort accidentée et fait de nombreux voyages. Pendant un séjour de deux ans au Brésil, il a eu des accès de fièvre intermittente. Il a contracté la vérole avec de nombreuses chaudepisses qu'il a soignées lui-même avec la plus grande négligence. Les troubles de la miction remontent à trois ans et n'ont fait que s'accuser depuis; le malade s'est enfin décidé à quitter le métier de dentiste qu'il exerçait avec un certain succès au Brésil, pour venir en France se faire soigner de son rétrécissement. Il est actuellement affaibli et sujet à des accès fébriles irréguliers.

Le 18 *septembre* : Exploration de l'urèthre, la bougie à boule 16 est arrêtée en arrière du scrotum. L'urèthre saigne facilement. On essaye de nombreux instruments, bougies à boule, bougies coniques, filiformes, etc., sans réussir à franchir le point rétréci, qui est situé vers la fin de la portion bulbeuse.

Les 18, 19, 23, 24 *septembre,* on essaye de franchir sans succès. On laisse la bougie de cire appuyée contre le rétrécissement.

Le 27 *septembre,* M. Guyon réussit à franchir le rétrécissement avec une bougie 4 collodionnée et infléchie en baïonnette.

Le 5 *octobre,* M. Guyon pratique l'uréthrotomie interne. La sonde à bout coupé reste trente-six heures en place.

Le 7 *octobre*, au matin, le malade allait très bien; il n'avait pas eu de frisson et avait peu de fièvre. Le soir, il va se promener dans la cour et se refroidit. Des phénomènes de cystite se déclarent aussitôt.

Le 16 octobre, il présente les températures suivantes : rectum, matin, 40° 3, soir, 40° 7. Il y a de la tympanite et de la sensibilité à la pression, surtout accentuée dans le flanc gauche.

A partir de ce jour, la température reste très élevée (40°). Vers le 20 octobre, des vomissements très fréquents apparaissent et se continuent jusqu'au 24 octobre.

Le 18 octobre, ventre douloureux, pas de vomissements (eau de Sedlitz, sulfate de quinine 0. gr. 60 tous les jours. Lavements laudanisés 20 gouttes tous les soirs).

Le 21 octobre, douleurs au niveau du rein gauche. Ventre ballonné.

Le 23 octobre, même état. On trouve un léger œdème de la paroi abdominale et de la rénitence avec sensibilité, au niveau de l'hypogastre et du flanc gauche. M. Guyon fait remarquer que l'état de l'abdomen peut être comparé à celui que présente la pelvi-péritonite. (peut-être y a-t-il péricystite). Mais le diagnostic généralement accepté dès les premiers phénomènes d'œdème, et qui prévalut jusqu'à la fin, fut celui de phlegmon périnéphrétique suppuré et propagé à la fosse iliaque gauche. L'existence d'un rétrécissement étroit et invétéré et les accès fébriles avec les douleurs de reins accusées par le malade légitimaient cette interprétation des accidents abdominaux.

Dans la première semaine de novembre, les urines devinrent très purulentes. Elles déposaient au fond du verre conique deux ou trois travers de doigt de pus ; mais bientôt l'urine reprit sa limpidité.

Le 7 novembre, la région hypogastrique est douloureuse et sensible à la pression. L'œdème superficiel de la paroi abdominale a disparu. La tuméfaction profonde et la rénitence ont augmenté. Dans le flanc gauche, on sent une tuméfaction saillante, dure, mate à la percussion, très douloureuse et grosse comme une tête de fœtus ; elle s'étend jusqu'à la ligne médiane et se continue en bas et au dedans avec la tuméfaction périvésicale.

Le malade n'a pas eu de vomissements depuis assez longtemps ; il est constipé. La fièvre reste élevée : 40° le soir, avec rémission matinale très accusée

Le 11 novembre, on trouve un point fluctuant à deux ou trois travers de doigt au dessus du rebord des fausses côtes gauches, sur la ligne verticale mamelonnaire. Cet abcès, ouvert au bistouri, se trouve être en communication par un trajet long, étroit et tortueux, avec la collection de la fosse iliaque gauche. L'incision donne issue à 560 grammes de pus crémeux non fétide.

Le 12 *novembre*, la pression sur le ventre fait sortir une grande quantité de pus. On essaye de favoriser et de régulariser l'écoulement par la compression, à l'aide de plusieurs couches de ouate fixées sur le ventre avec un bandage de corps et recouvertes d'une bande de caoutchouc faisant de nombreux tours et recouvrant tout l'abdomen.

Pendant quelques jours, le malade se trouve un peu soulagé ; mais la température vespérale reste toujours élevée et la suppuration, toujours abondante, devient excessivement fétide. L'anorexie est absolue ; tous les aliments sont refusés, excepté le lait (régime lacté).

Le 30 *novembre* : Délire. Le malade enlève son pansement.

Le 13 *décembre*, M. Guyon incise un abcès périnéal ; il s'écoule une certaine quantité de pus infect. Le toucher rectal révèle un empâtement périvésical. Le malade, ruiné par la fièvre hectique, meurt le 16 décembre à quatre heures du matin.

A l'autopsie, pratiquée le 17 décembre à dix heures du matin, on reconnut les lésions suivantes :

1° Les deux reins étaient absolument sains ainsi que leur atmosphère cellulo-graisseuse et le tissu cellulaire sous-péritonéal en général.

2° La muqueuse vésicale et urèthrale ne présentait aucune solution de continuité, aucune altération qui eût pu être le point de départ d'abcès ou d'infiltration urineuse.

3° La prostate était le siège d'une caverne considérable qui entourait de toute part l'urèthre prostatique, de sorte que celui-ci, indemne, conservait sa forme tubulée au milieu du pus qui le baignait de tous côtés. La cavité prostatique était traversée par quelques brides d'apparence musculo-cellulaire.

Cette prostatite suppurée a été le point de départ de toutes les lésions qui ont causé la mort du malade. Le pus, au lieu de suivre l'une des voies usuelles en pareil cas, a contourné le col de la vessie à droite, puis s'est porté en avant entre le col et la symphyse. Là, il est remonté derrière les tendons des muscles droits en passant au delà de la ligne médiane, au-dessus de l'aine gauche ; il a traversé le fascia transversalis et a suivi les fibres musculaires du transverse en décollant les couches musculaires de la paroi abdominale de manière à constituer un grand réservoir dans l'épaisseur de la paroi. Cette collection, suivant toujours les fibres du transverse, a filé jusqu'aux insertions costales de ce muscle ; là, le pus a pointé et formé

une collection purulente qui a été ouverte le 11 novembre ; il en est sorti 560 grammes de pus.

Un mois plus tard, trois jours avant la mort, il se forma au périnée une collection de pus qui communiquait directement, à travers l'aponévrose de Carcassonne, avec la caverne prostatique.

Le malade n'était pas tuberculeux. Sa prostatite ne peut être attribuée qu'aux manœuvres nécessitées par le traitement du rétrécissement : cathétérisme, uréthrotomie interne suivie de sonde à demeure.

OBSERVATION XXV

Rétrécissement de l'uréthre. — Cathétérisme brutal. — Tumeur urineuse au périnée. — Uréthrotomie interne. — Abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Mort par infection purulente.

(Obs. recueillie par M. E. Martin et transcrite à la page 193 du registre d'observations de la salle Saint-Vincent. La pièce figure au n° 59 de la collection particulière de M. le professeur Guyon.)

Le nommé Chatelain (Jean), âgé de 51 ans, entré le 2 juin 1873 à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, mort le 21 juin 1873.

Antécédents : première chaudepisse il y a vingt ans, guérison incomplète. Pisse moins bien en 1850. Traité en 1851 au Val-de-Grâce par la dilatation et les bougies Béniqué ; il néglige de se sonder pendant la guerre de Crimée et revient avec le typhus dont il guérit à l'hôtel-Dieu de Paris. En 1856, il quitte le service militaire et se passe de temps à autre des bougies, d'abord assez volumineuses, puis fort petites. Il y a six ans, il a été traité pendant quinze jours à l'hôtel-Dieu par la dilatation, et il est sorti avant d'avoir atteint le n° 12. Depuis lors, il n'a suivi aucun traitement sérieux. Il se passe de temps à autre de petites bougies.

Il y a quatre semaines, après être resté longtemps sans se sonder, il a essayé de s'introduire une bougie n° 8. Il n'a pas réussi et s'est fait saigner. C'est de ce jour que datent le gonflement des bourses et du périnée, la fièvre et les frissons. Il y a quatre jours, le gonflement du périnée et des douleurs très vives l'ont empêché de continuer son travail.

Actuellement, on constate une tumeur urineuse occupant toute la

région périnéale antérieure, le testicule droit est douloureux, l'épididyme gonflé (température axillaire, 38°2). M. Guyon incise la tumeur périnéale sur une étendue de 5 centimètres environ.

Le 4 juin, le malade se sent mieux; il n'a plus de fièvre, l'urine s'écoule abondamment par l'incision périnéale; les bourses sont encore gonflées.

Le 6 juin, l'explorateur n° 18 s'arrête au niveau du scrotum. Le n° 8 pénètre à 3 centimètres plus loin. Le canal saigne facilement. On pénètre dans la vessie, mais avec peine et à travers des tissus indurés avec une bougie n° 3 que l'on fixe à demeure.

Le 7 juin, M. Guyon pratique l'uréthrotomie interne. On laisse une sonde à demeure n° 16. On retire des urines chargées de pus (soir, température axillaire 38°2); peu de sang dans les urines. Il ne sort que quelques gouttes d'urine par les fistules.

Le 9 juin, pas de fièvre depuis l'uréthrotomie.

Le 10 juin, le scrotum est gonflé et tendu. Il y a eu de la fièvre hier soir (38°6). On enlève la sonde à demeure. Température : 38°6.

Le 11 juin, l'urine sort abondamment par la plaie.

Le 12 juin, le malade ne vide pas sa vessie; l'infiltration du scrotum a diminué. Il s'écoule de l'urine et du pus par la plaie. On replace à demeure une sonde à bout coupé introduite sur conducteur (thé, pot. de Tood). Diarrhée abondante depuis deux jours, ventre ballonné. Température 39°.

Le 13 juin, gonflement et ballonnement du ventre, langue sèche, urine chargée de pus et alcaline.

Le 14 juin, on change la sonde. Un peu moins de ballonnement du ventre; température; 39°. Urine moins chargée de pus.

Le 15 juin, le gonflement du ventre augmente. Langue sèche.

Le 16 juin, incisions multiples du scrotum, écoulement abondant de pus.

Le 17 juin, ballonnement du ventre, frisson dans la journée, fièvre vive. Température 38°2.

Le 18 juin, on change la sonde à demeure; elle est très incrustée de phosphate.

Le 19 juin, langue sèche, pouls rapide, petit (120) vomissements bilieux, ventre ballonné. Le malade urine assez bien avec la nouvelle sonde.

Le 20 juin, état général déplorable. Pouls : 150, ballonnement considérable du ventre, langue sèche, délire.

Le 21 *juin*, mort à deux heures du matin.

Autopsie, trente heures après la mort. — Abcès métastatiques au nombre d'une douzaine, du volume d'un pois, disséminés sur la surface de la rate.

Rien à la surface du foie ni à la coupe de cet organe.

En ouvrant l'urèthre par sa paroi inférieure, on observe que le canal est détruit sur une étendue considérable au niveau de la portion bulbeuse et scrotale; cette destruction se remarque surtout sur la paroi inférieure de l'organe. Deux ouvertures allongées, presque parallèles, chacune de 5 centimètres, séparées du tissu en voie de sphacèle, font communiquer le canal de l'urèthre avec un vaste trajet fistuleux presque vertical de 4 centimètres environ de longueur. L'ouverture externe de ce trajet est située sur la ligne médiane du périnée, immédiatement en arrière du scrotum.

La prostate est remplacée par une cavité pleine de pus circonscrite par une enveloppe fibreuse assez épaisse. Cette cavité présente 6 centimètres de longueur et une largeur à peu près égale. Elle communique avec l'urèthre par un orifice de 3 ou 4 millimètres, situé sur la partie gauche du canal à 2 centimètres du col.. Il n'existe plus de traces de la glande, sauf sur les côtés de la vessie au niveau du col où l'on remarque encore deux bourrelets saillants.

La vessie est volumineuse et ses parois sont épaissies.

OBSERVATION XXVI

Abcès périphlébitiques développés autour d'une prostate hypertrophiée chez un homme de cinquante-neuf ans. — Mort par infection purulente.

(Observation recueillie dans le service de M. Guyon par mon collègue et ami M. Bazy.)

Le nommé Burgerin (Louis), journalier, âgé de 59 ans, entré à l'hôpital Necker le 20 octobre 1878 (salle Saint-Vincent, lit n° 20).

Depuis longtemps ce malade urine difficilement.

Le mercredi 18 octobre, frisson violent et rétention complète d'urine. La prostate est très volumineuse et saigne facilement. Sonde à demeure.

Le 2 janvier 1879, état général mauvais. 3 litres d'urine purulente dans les vingt-quatre heures. Langue sèche. Anorexie, 39° le soir. Lavage à l'acide borique.

Le 4 janvier, 38° 6 le matin et même température le soir.

Le 5 janvier, la température descend à 37°.

Le 6 janvier 1,400 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures. La température monte à 38°. Le malade doit se sonder lui-même avec une sonde molle.

Le 7 janvier, 2 litres d'urine. Les urines, alcalines hier, sont aujourd'hui acides. La température atteint 39°. Constipation extrême. Frisson violent dans la journée (lavement purgatif).

Le 8 janvier, 1,600 grammes d'urine 38° le matin. 40° le soir.

Le 9 janvier 1,200 grammes d'urine. 40° le matin, langue très sèche. Le malade a envie de vomir. On replace la sonde à demeure.

Le 10 janvier, 800 grammes d'urine toujours purulente. 39° 6 dans la matinée. Subdélirium. Langue très sèche (potion avec 60 grammes d'alcool).

Le 11 janvier, le malade meurt. Il avait hier soir 40° 1. Le pouls était petit et misérable. Dans les dernières heures, délire avec sueurs abondantes.

Autopsie. — La vessie est ratatinée et présente le volume d'une grosse orange. Ses parois mesurent 1 centimètre d'épaisseur et sont indurées. La muqueuse est aussi fortement épaissie, ardoisée par place, un peu rugueuse, mais nette de tout dépôt phosphatique. Elle est pleine d'urine purulente.

La prostate est très volumineuse. Le lobe droit est particulièrement hypertrophié. Le lobe moyen n'est pas saillant. Par la pression des doigts, on fait sourdre des gouttelettes de pus au niveau des orifices dilatés des glandules prostatiques. Autour de la prostate existent de petites collections purulentes. Le foyer principal siège sur le lobe gauche de la prostate et communique avec de petits foyers secondaires d'aspect caverneux et pleins d'un pus crémeux.

Les uretères sont très dilatés. Les reins sont volumineux. Leur capsule est adhérente et indurée. A la partie inférieure du rein gauche et dans l'épaisseur de son parenchyme, se trouve un abcès enkysté du volume d'une noisette. A la loupe, le rein gauche est d'ailleurs parsemé d'une quantité considérables d'abcès de volume très variable, depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une

noisette. Ces petits abcès sont tous entourés d'une aréole rougeâtre. Le reste du tissu rénal est friable et se laisse facilement déprimer sous le doigt. La capsule se laisse facilement détacher.

La muqueuse des calices et du bassinet est tomenteuse, arborisée et présente environ 1 millimètre d'épaisseur.

Le rein droit est moins volumineux que le rein gauche et plus pâle. On trouve également, à sa surface, un abcès enkysté du volume d'une amande et d'autres également superficiels et plus petits. Ceux-ci ont une forme conique et leur sommet est dirigé vers le centre de l'organe. D'une manière générale, le rein droit est beaucoup moins altéré que le gauche.

La rate est petite et indurée. Il y a périsplénite manifeste avec épaisissement d'aspect cartilagineux.

Le foie est légèrement congestionné.

Les poumons sont le siège d'un grand nombre de petits abcès pyramidaux disséminés sur toute la surface des deux viscères et présentant tous les caractères des abcès métastatiques de l'infection purulente.

En résumé prostatite avec abcès périprostatiques devenus le point de départ d'une infection purulente.

OBSERVATION XXVII

Rétrécissement de l'uréthre. — Uréthrotomie interne. — Abcès périphlébitiques autour de la prostate. — Infection purulente, — Mort.

(Observation recueillie par mon ami M. Bazy et transcrite à la page 353 du registre d'observations de M. le professeur Guyon.)

Le nommé Losch (Ferdinand), employé, âgé de 53 ans entré le 19 mars 1879 à l'hôpital Necker (salle Saint-Vincent), mort le 15 avril 1879.

Blennorrhagies autrefois. En 1865, orchite. Au dire du malade, la miction était depuis quelque temps difficile. A cette époque, il eut un abcès au périnée. Il ne perdit jamais d'urine par l'ouverture qui fut aussitôt pratiquée. On constata de plus un rétrécissement qui ne parut pas dilatable et nécessita l'uréthrotomie interne. La miction redevint normale.

Depuis deux ans, le malade éprouve de nouveau de la difficulté pour uriner. En novembre 1878, il a eu une rétention complète d'urine pendant vingt-quatre heures. Il prétend avoir rendu alors un calcul de la grosseur d'un pois; mais aujourd'hui on ne trouve plus trace de pierre. Dans ces derniers temps, le jet est devenu de plus en plus faible. Il y a quelques douleurs sourdes dans les reins. La fréquence des mictions n'a rien d'anormal. Les urines sont claires. On constate dans la portion périnéo-bulbeuse deux rétrécissements admettant le n° 8.

Le 21 *mars,* on passe la bougie n° 9. Le malade urine mieux.

Le 25 *mars,* on essaye de poursuivre la dilatation, mais on ne peut dépasser le n° 10.

Le 26 *mars,* nouvelles tentatives inutiles. L'uréthrotomie paraît indiquée.

Le 29, M. Guyon pratique l'uréthrotomie interne.

Le 31 *mars*, un peu d'élévation thermique; soir 38° 2. Il n'y a pas eu de frisson, mais, depuis le matin, il existe une suffusion ictérique très marquée. Perte d'appétit. On donne de l'eau de Sedlitz.

Le 4 *avril*, la température est de 38°. Elle était de 38° 5 le 1 avril au soir; le lendemain matin elle atteignait 39° 5, redescendait un peu, puis s'élevait brusquement hier soir à 40°2.

Le malade ne souffre que d'un peu de céphalalgie; pas de toux, pas d'oppression. La teinte ictérique légère que nous avons signalée persiste surtout au niveau des conjonctives. Les urines ont la teinte acajou. Pas de douleur lombaire. Pas d'ascite ni d'œdème. Le foie paraît un peu diminué de volume.

5 *avril.* Hier 39°2, ce matin 38. (Le malade a habité dans les pays chauds; il a eu les fièvres et la dysenterie.)

7 *avril.* Ce matin, la température, qui était montée hier à 39°, reste stationnaire. Il y a de l'oppression avec point de côté à gauche et l'on constate de ce côté des frottements très manifestes. Pas de douleur en urinant. (6 ventouses scarifiées sur le côté gauche de la poitrine et 12 ventouses sèches à droite.)

8 *avril.* Le malade a dormi un peu à la suite d'une injection de morphine (température, 38°8); à l'auscultation, souffle manifeste à gauche avec matité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate; en bas, absence de murmure vésiculaire et suppression des vibrations thoraciques. La dyspnée n'est pas très grande, mais n'a cependant pas disparu (vésicatoire).

10 *avril.* La température est restée hier à 37°9; elle est montée ce

matin à 39°. Un frisson assez violent s'est montré avant la visite. Du côté du poumon, rien de nouveau. Urines purulentes.

11 *avril*. Dans la journée d'hier, à la suite d'un frisson, le malade a eu une assez forte douleur dans l'épaule droite déterminant une gêne considérable dans les mouvements. Il est affaissé, pâle, de teinte terreuse. La température montait hier à 39°4. L'oppression paraît augmenter.

12 *avril*. Hier soir 38°7, ce matin 38°. Oppression excessive. Les yeux sont larmoyants; la voix est entrecoupée, sueurs très abondantes et soif vive. A l'auscultation, on constate, en avant et à droite, de gros râles sous-crépitants qui, en présence de l'état général, pourraient bien être rapportés à l'existence d'infarctus. Pas de nouveau frisson. Les douleurs de l'épaule persistent très vives. (Potion : 4 gr. d'aconit, 1 gramme de sulfate de quinine. 20 ventouses sèches.)

Mort le 25 avril.

Autopsie. — Dans la plèvre gauche, 1 litre et demi de liquide séro-purulent. La plèvre, surtout dans sa partie postérieure, est recouverte de fausses membranes assez consistantes, infiltrées de pus, se laissant facilement détacher du poumon, dont elles sont séparées en ce point par un caillot sanguin. Au-dessous, le poumon est atélectasié, sauf au sommet et en bas. Tout à fait à la partie inférieure, il existe un petit abcès du volume d'un pois.

Dans la plèvre droite, 1 litre de liquide séro-purulent; fausses membranes moins épaisses. Le poumon est également atélectasié. Son parenchyme est flasque et mou. Pas d'abcès.

Dans l'épaisseur des petites bronches il existe de petites plaques de consistance fibro-cartilagineuse, blanchâtres, irrégulières, rappelant les plaques d'athérome artériel. Il semble que ce soient les points cartilagineux de la paroi qui soient beaucoup plus apparents qu'à l'état normal.

Le cœur est un peu volumineux. Pas d'insuffisance aortique. Pas de lésions valvulaires. Dans le cœur droit, quelques petits caillots cruoriques. Sang semi-liquide en gelée de groseille. Poids du cœur, 450 grammes.

La rate est grosse, pâle, assez consistante, sans abcès ni infractus. Poids : 350 grammes.

Le foie est peu coloré. La vésicule biliaire est presque vide et ne contient qu'un peu de bile jaunâtre. Pas d'altération des voies bi-

liaires. Le foie est un peu grenu à la coupe. Il est résistant et crie sous le couteau.

En ouvrant l'abdomen, après avoir enlevé le péritoine qui recouvre la vessie, on tombe sur un abcès situé sur la branche droite du pubis entre la symphyse et la vessie, se dirigeant du côté de la ligne médiane, du volume d'une noix et occupant la place du plexus de Santorini. Caillot cruorique de la veine dorsale.

Immédiatement en arrière du bulbe il existe un abcès du volume d'une noix dans lequel paraissent s'ouvrir les veines.

Sur la partie inférieure et latérale droite il existe aussi un autre petit abcès du volume d'une noisette à cavité anfractueuse. Il en existe aussi un autre plus petit à gauche.

L'urèthre est incisé sur toute sa longueur par sa face inférieure. A la coupe de la prostate, on voit sourdre au niveau du bec un peu de pus venant de l'abcès latéral droit. Cet abcès s'étend sur la gauche et communique, par un long trajet occupant toute la partie périphérique de la prostate, avec le petit abcès du côté gauche.

On suit, sur toute la face supérieure de l'urèthre, la trace de l'incision faite par l'uréthrotomie, commençant à 4 centimètres du méat, se continuant presque sans interruption jusqu'au collet du bulbe et formant une petite raie très peu profonde. Au niveau du collet du bulbe, les deux lèvres s'écartent de façon à limiter entre elles un espace de 2 millimètres de largeur, puis s'écartent progressivement l'une de l'autre, limitant un espace fusiforme de 3 centimètres 1/2 à 4 millimètres environ de largeur et se terminant au niveau de la base du bulbe pour disparaître ensuite progressivement sur la portion membraneuse. Le fond de cet espace fusiforme est rougeâtre et présente de petits tractus transversaux très peu saillants. La vessie, revenue sur elle-même, contient peu d'urine purulente.

L'uretère gauche est légèrement dilaté et ses parois sont épaissies surtout à la partie inférieure. La partie supérieure est saine.

Le rein gauche présente à sa surface une quantité considérable de petits kystes presque tous du volume d'un gros pois, entre lesquels on constate des plaques de tissus scléreux, formées par la capsule considérablement épaissie. Les calices et le bassinet sont très dilatés. Les kystes contiennent une matière verdâtre dont la consistance rappelle celle d'une gelée molle. Le rein droit est très volumineux, mais ne présente pas d'altération. On trouve seulement un peu de piqueté hémorrhagique, soit à la surface, soit dans l'épaisseur du

parenchyme. Poids des deux reins : 380 grammes. L'urèthre droit est sain.

L'épaule droite contient une quantité notable de pus séreux. Les cartilages sont sains et la synoviale peu injectée.

La bourse séreuse sous-deltoïdienne est pleine de pus.

OBSERVATION XXVIII

Pierre dans la vessie chez un homme de soixante-treize ans. — Hypertrophie de la prostate. — Séances de lithotritie. — Abcès périprostatique. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Mort.

(Observation personnelle.)

Le nommé Lefebvre (Paul), âgé de 73 ans, entré à l'hôpital Necker le 20 mars 1879 (salle Saint-Vincent, lit n° 27, service de M. Guyon).

Ce malade s'est toujours bien porté et ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire qui mérite d'être relevé.

Les symptômes vésicaux qui l'amènent à l'hôpital remontent à deux ans. A cette époque, il a éprouvé des douleurs vésicales très vives; il était obligé d'uriner à tout instant et ne pouvait émettre que quelques gouttes d'urine à chaque miction. Jamais d'hématurie. Les premiers symptômes ont perdu leur acuité au bout de deux ou trois mois; mais, depuis cette époque, une sorte de cuisson a persisté tout le long du canal. Il n'y a pas de phénomènes vraiment douloureux au niveau du bas-ventre, mais les besoins d'uriner sont fréquents, surtout après la marche ou quelque autre fatigue. La voiture est surtout mal supportée. Les mictions ne sont pas plus fréquentes le jour que la nuit et le malade est obligé de se lever à peu près toutes les heures pour uriner. Il n'éprouve pas la sensation d'un corps étranger intra-vésical. Parfois le jet de l'urine s'arrête brusquement. Les urines sont un peu troubles, mais ne laissent pas de dépôt. Le malade dit avoir vu des graviers dans son urine il y a quatre ou cinq ans.

L'exploration de la vessie démontre l'existence d'une seule pierre peu volumineuse.

Le 29 mars, première séance de lithotritie avec le lithotriteur de Bigelow. La pierre est saisie, mais elle résiste à l'instrument. M. Guyon

remet à une autre séance l'introduction du lithotriteur fenêtré.

Le 2 avril, deuxième séance de lithotritie. 14 prises en 5 minutes, à l'aide du lithotriteur à mors dentelés.

Le 5 avril, la miction est difficile. Malaise général, élévation de la température. On retire quelques graviers engagés dans le canal.

Le 7 avril, la fièvre a disparu ; mais il y a de la cystite; les urines sont très sales. (Potion à l'acide borique.)

Le 9 avril, nouvelle séance de lithotritie sous le chloroforme (lithotriteur à mors plats; 23 prises en 2 minutes). Un lithotriteur plus petit est aussi réintroduit et permet de faire, en 3 minutes, 27 prises. Lavage de la vessie.

Le 9 avril, au soir, température axillaire 39°4.

Le 10 avril, au matin, 37°, et pas de symptômes douloureux.

Le 20 avril, épididymite depuis quatre jours. Il y a de la fièvre, de l'anorexie, et la langue est un peu sèche.

Depuis cette époque jusqu'au 5 mai, l'état général reste mauvais. La température oscille entre 37°5 et 38° tous les matins. Le soir, elle varie entre 38°5 et 39°. La langue est sèche.

Le 6 mai, le malade rend par l'anus une assez grande quantité de pus. Un abcès périprostatique s'est développé lentement, sourdement, sans éveiller de douleur. Toute la région prostatique est phlegmoneuse. L'empâtement dépasse nettement les limites de la prostate et s'étend surtout du côté de la vésicule séminale droite. Cette induration périprostatique présente vers la ligne médiane un point ramolli, une dépression, dans laquelle on peut loger la pulpe de l'indicateur.

Les jours suivants, l'état général devient de plus en plus mauvais. Prostration extrême. Un abcès se forme au niveau du talon.

Le malade meurt le 10 juin.

Autopsie. — Le cerveau est sain.

Bronchite généralisée. Congestion à la base des deux poumons.

La vessie contient seulement deux fragments de calculs, dont l'un présente les dimensions d'un haricot, et l'autre celles d'une petite noisette. La muqueuse vésicale est injectée, épaissie, tomenteuse, et offre des taches ecchymotiques au niveau du col. Sur la partie latérale gauche et inférieure de la vessie, il existe cinq vacuoles, dont l'une contient un troisième petit fragment de pierre. A la partie postérieure et latérale droite, immédiatement au-dessus de la

base de la prostate, on trouve une vaste cavité, large et haute de quatre travers de doigt, pleine de pus. Des fausses membranes grisâtres et feuilletées limitent cette poche. Le péritoine susjacent est sain. La vésicule séminale droite, située immédiatement en avant de la poche purulente, est englobée au milieu d'un tissu cellulaire engorgé et phlegmoneux, mais elle est saine. Vers la partie inférieure et postérieure, la poche purulente communique avec le rectum par un étroit orifice; en avant elle envoie un prolongement qui contourne la partie latérale gauche de la prostate, gagne l'extrémité externe du bord supérieur de sa face antérieure et se termine en cul-de-sac contre la partie correspondante de la paroi vésicale. Sur les côtés, elle est bridée par les attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate.

Sur la partie inférieure de l'urèthre, à l'entrée de la portion prostatique, se voit un étroit pertuis, vestige d'une perforation ancienne. Ce petit orifice conduit dans un étroit cul-de-sac qui remonte un peu vers le lobe gauche de la prostate, mais qui n'affecte pas de communication avec le diverticulum de la poche purulente décrite plus haut. La prostate est très volumineuse, les deux lobes latéraux sont également développés. Le lobe moyen fait une légère saillie au niveau du col. Le parenchyme de la glande ne contient pas de pus. Au niveau du lobe gauche les glandules sont un peu dilatées et laissent sourdre à la pression des gouttelettes visqueuses et blanchâtres, mais non du pus. Les veines périprostatiques sont très volumineuses. Elles contiennent dix à douze phlébolithes, mais ne renferment pas de caillots.

Les autres viscères sont sains.

OBSERVATION XXIX

Pierre dans la vessie. — Hypertrophie prostatique. — Abcès des parois vésicales. — Vaste suppuration intervésico-rectale et périprostatique. — Fusées multiples vers la région inguinale droite et le long du psoas du même côté. — Péritonite. — Mort.

(Observation personnelle.)

Le nommé Bigorgne (Jean), âgé de 66 ans, entre à l'hôpital Necker le 19 mai 1879 (salle Saint-Vincent, lit n° 14, service de M. Guyon).

Cet homme n'a jamais fait de maladie sérieuse; pas d'antécédents personnels ou héréditaires. Depuis trois ans, il souffre au niveau du méat; la cuisson qu'il éprouve à ce niveau survient parfois spontanément, mais le plus souvent elle se produit au moment où il commence à pisser; elle est alors constante et très vive. Le jet s'arrête parfois au moment de la miction, et, pour achever cet acte, il est obligé de s'asseoir. La marche est difficilement supportée et produit de l'hématurie. Les besoins d'uriner sont fréquents, il pisse toutes les heures pendant la journée et cinq ou six fois la nuit. L'urine, habituellement trouble et sanguinolente, devient facilement très claire sous la simple influence du repos.

L'exploration fait reconnaître une grande quantité de calculs. Les oscillations que M. Guyon imprime à son instrument font entendre un véritable cliquetis.

Le canal est dilaté le 21 mai, on passe un béniqué n° 42. Le 28 mai, M. Guyon procède à une première séance de lithotritie. Le débridement du méat est nécessaire, les instruments s'enclavent au niveau de la prostate et ne peuvent pénétrer.

4 *juin.* Lithotritie sous le chloroforme. M. Guyon prolonge la séance pendant un quart d'heure et fait une quantité considérable de prises.

6 *juin.* Symptômes de cystite, urine trouble. Des fragments de calculs s'engagent en grande quantité dans le canal, rendent la miction très pénible et ne permettent même pas le passage d'une bougie fine. Les symptômes disparaissent, les graviers s'éliminent et le malade n'a pas de fièvre. D'ailleurs, depuis que le traitement est commencé, le thermomètre placé dans l'aisselle n'a jamais dépassé 37°.

14 *juin.* Nouvelle séance de lithotritie sous le chloroforme. Pendant dix minutes environ, les fragments ne se laissent pas saisir. On fait une injection d'eau dans la vessie, M. Guyon introduit le lithotriteur n° 2 et fait vingt-cinq prises en cinq minutes. Le lithotriteur est introduit ensuite pendant deux minutes et permet dix prises nouvelles. Lavage de la vessie avec l'aspirateur Thompson. On obtient ainsi une assez grande quantité de fragments (la moitié environ de la petite éprouvette qui termine l'aspirateur est pleine de graviers).

14, *au soir.* Température axillaire : 38°6.

15. Tuméfaction considérable au niveau de la région inguinale droite. On croit à une hernie inguinale, et cela d'autant mieux que,

depuis longtemps, l'anneau inguinal est relâché et permet, sans le moindre effort, la production d'une petite hernie jusqu'à présent restée réductible. Cette fois la prétendue hernie affecte cependant un volume insolite. Elle est tendue, chaude et non réductible. Il n'y a pas de signes d'obstruction intestinale.

18 *juin*. Prostration extrême. Pouls faible, intermittent. Peu de fièvre. La température n'atteint pas 38°. La tuméfaction inguinale a gagné le niveau du testicule droit. Le malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — Nombreuses adhérences au sommet des deux poumons.

Des deux côtés, on trouve au sommet quelques noyaux tuberculeux ayant subi la transformation crétacée. La base du poumon gauche est fortement congestionnée.

Cœur. Quelques adhérences péricardiques. Valvules sigmoïdes aortiques légèrement indurées sur leurs bords, mais suffisantes. Rien à noter du côté du foie ni de la rate, ces deux viscères sont absolument sains.

Les *reins* et les *uretères* n'offrent pas la moindre altération. Il y a seulement un état congestif peu marqué du rein droit.

On trouve tous les signes d'une *péritonite* généralisée n'ayant pas encore atteint la période exsudative franche. Le péritoine vésical, rouge, fortement injecté, est comme poisseux au toucher et par places il existe déjà de fortes adhérences entre les anses intestinales. Les lésions péritonéales sont surtout marquées dans la région droite de la cavité abdominale et au niveau du cul-de-sac vésico-rectal. Il existe même, en ce point, quelques fausses membranes, sans traces de perforation. Au niveau du canal inguinal, se voient les vestiges d'une hernie ancienne ; mais le sac herniaire ne contient ni intestin ni épiploon et se présente sous l'aspect d'une masse noirâtre infiltrée de pus. Ses parois sont épaissies et lardacées. Le testicule droit et sa vaginale sont parfaitement sains tous deux. A la partie latérale du sac et sous lui, pour ainsi dire, se trouve une collection purulente qui plonge dans le bassin vers la base de la prostate en suivant le canal déférent qui est disséqué, épaissi, injecté et baigne dans le pus. Au niveau de la région inguinale, le clapier se bifurque pour envoyer une de ses branches jusqu'à la partie la plus déclive de la bourse droite, en dedans du testicule, et l'autre au niveau du ligament suspenseur de la verge.

En examinant les organes contenus dans le petit bassin, nous trouvons un vaste clapier périprostatique et périvésical. Il occupe la moitié droite de la face postérieure de la vessie, et la moitié correspondante de sa face antérieure. Les parois de ce foyer sont constituées par des fausses membranes grisâtres, friables et infiltrées de pus. Le péritoine est épaissi, noirâtre et décollé dans toute la région correspondante du petit bassin. Le point de départ de cette suppuration périvésicale et périprostatique siège en ce point de la paroi vésicale situé immédiatement au-dessus du lobe droit de la prostate. Ces parois vésicales sont à ce niveau considérablement épaissies, indurées et renferment dans leur épaisseur trois petits abcès. Les trois petites cavités communiquent entre elles et se jettent dans le grand clapier périvésical par une ouverture large comme une pièce de 50 centimes.

Le clapier descend en bas jusqu'à la partie moyenne de la prostate. Sur les parties latérales, il est bridé par les attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate. La vésicule séminale droite est détruite. Les plexus vésicaux périprostatiques contiennent des caillots et quelques phlébolithes. Ils ne renferment point de pus.

La prostate est très volumineuse et le lobe moyen fait une forte saillie au niveau du col. Le parenchyme de la glande ne contient pas de pus.

Au moment où le clapier périvésical contourne la branche horizontale du pubis pour se comporter ensuite ainsi que nous savons, il envoie une fusée purulente qui remonte le long du psoas jusqu'à la partie inférieure de l'atmosphère graisseuse du rein droit. Cet embranchement est assez large à sa partie inférieure et l'on peut voir à ce niveau le péritoine de la fosse iliaque décollé dans presque toute son étendue. La vessie contient une quantité considérable de petits calculs dont les plus gros n'atteignent pas les dimensions de la moitié d'un haricot. Il n'existe de perforation en aucun point de la muqueuse vésicale minutieusement explorée. Elle est le siège d'une injection générale particulièrement intense au niveau du point correspondant aux abcès de la paroi. Beaucoup de graviers, tous engagés dans le canal, obstruent l'urèthre prostatique. La muqueuse uréthrale ne présente aucune altération.

OBSERVATION XXX

Abcès prostatique provoqué chez un jeune homme de vingt ans par des excès de coït. — Mort.

(Obs. inédite communiquée par M. Tillaux.)

Vers la fin de 1876, M. Tillaux a reçu dans son service à l'hôpital Lariboisière un jeune homme de 20 ans, fort, vigoureux, vierge de toute affection uréthrale antérieure et chez lequel les symptômes d'une prostatite s'étaient déclarés à la suite d'excès invraisemblables de coït. Le malade était garçon de café; il passait tout le jour à son service et, rentré chez lui, consacrait, le reste de son temps au coït. Il pouvait répéter cet acte huit ou dix fois par nuit en moyenne et n'y manquait jamais.

A l'arrivée du malade, on put constater tous les signes habituels d'une suppuration prostatique (fièvre, tumeur appréciable par le toucher rectal, difficultés de la miction, douleurs périnéales vives, etc.). La nuit suivante, l'abcès s'ouvrait spontanément dans l'urèthre.

Le lendemain, M. Tillaux mit une sonde à demeure; mais l'instrument ne fut pas supporté, sa présence provoquait des douleurs intolérables. D'ailleurs l'évacuation du pus avait déterminé une rémission complète de tous les symptômes, et tout laissait espérer une guérison rapide.

Il n'en fut rien; quelque temps après, et sans cause appréciable, il se produisit une nouvelle poussée inflammatoire du côté de la prostate. La suppuration, qui jusque-là était localisée dans l'intérieur même de la prostate, diffusa autour de la glande (l'abcès simple s'était transformé en prostatite phlegmoneuse diffuse). Toute la région prostatique était le siège d'un empâtement phlegmoneux qui se prolongeait dans la fosse ischio-rectale gauche. La diffusion s'étendit en outre vers le haut. Elle suivit le canal déférent, gagna le trou obturateur, et très rapidement M. Tillaux vit apparaître un empâtement phlegmoneux vers la racine de la cuisse au niveau de la région obturatrice. Il n'y avait pas de fluctuation;

M. Tillaux n'intervint pas. Au bout d'un certain temps, l'empâtement fémoral disparut par résolution et les symptômes parurent s'amender.

Mais ici commence la troisième phase de cette intéressante observation. La collection purulente s'ouvrit dans le rectum et tous les symptômes d'une large fistule uréthro-rectale furent constitués. La suppuration était abondante et les urines s'écoulaient par l'anus à chaque miction. Il se produisit même des phénomènes de rectite très graves. A partir de cette époque, le dépérissement fut rapide.

Pour mettre un terme à ces accidents, M. Tillaux songea à tenter la guérison de la fistule en décollant l'une de l'autre les parois uréthrales et rectales pour les faire ensuite glisser de manière à changer les rapports des deux orifices. (Voir à ce propos : Tillaux, *Traité d'anatomie topographique*, 2me édit., p. 759.) Dans ce but, le malade fut examiné avec le plus grand soin. On lui fit respirer du chloroforme pour permettre une exploration rendue intolérable par les phénomènes de rectite, et M. Tillaux put déterminer alors très exactement le siège et les différents caractères du trajet fistuleux. L'orifice était très élevé et siégeait au niveau de la base de la prostate. L'opération devait donc présenter de sérieuses difficulés.

Du reste, M. Tillaux n'eut pas le temps de mettre son projet à exécution : les symptômes de cachexie s'accusèrent de plus en plus et le malade succomba en peu de jours.

L'autopsie n'a pu être faite.

Cette observation offre un grand intérêt. Très curieuse par la précision de son étiologie, par la direction de la diffusion, elle nous donne en même temps un exemple type des phénomènes caractéristiques de la prostatite phlegmoneuse diffuse.

Je ne saurais trop remercier M. Tillaux de l'obligeance qu'il a mise à me retracer lui-même les principaux symptômes observés chez ce malade. Il m'a permis de joindre à mes observations un document des plus précieux.

TABLEAU

RÉSUMANT

CENT QUINZE OBSERVATIONS

D'ABCÈS PROSTATIQUES OU PÉRIPROSTATIQUES

GUYON. — **1** — Abcès de la prostate chez un étudiant en médecine de de 22 ans, entré le 25 janvier 1869 à l'hôpital Necker. — Battements artériels dans le rectum. — Ouverture de l'abcès dans l'urèthre pendant le cathétérisme. — Amélioration passagère. — Le pus s'écoule mal. — Fusée ischio-rectale gauche. — Incision de l'abcès par le rectum. — Guérison au bout d'un mois et demi. (Pastureau, *Th. Paris*, 1872, *p.* 38.)

GUYON. — **2** — Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de 35 ans, ayant eu plusieurs blennorrhagies antérieures. — Cystite. — Rétention d'urine. — On évacue l'urine, le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, avec une sonde nº 15. — Le lendemain matin, frisson et fièvre. — Les deux jours suivants dans la matinée, frisson violent avec claquement de dents suivi de chaleur et de sueurs abondantes. — Le troisième jour, signes de prostatite phlegmoneuse diffuse. — Fusée périnéale antérieure. — Incision de 3 centimètres sur le raphé périnéal antérieur, issue d'une grande quantité de pus. Chute de la fièvre et soulagement immédiat. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — L'urine sort par la plaie périnéale. — Au bout de deux mois, le malade quitte l'hôpital sans être complètement guéri de sa fistule. (Pastureau, *loc. cit., p.* 41.)

GUYON. — **3** — Abcès de la prostate chez un homme de 40 ans. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Le malade quitte l'hôpital sans être guéri. (Pastureau, *loc. cit., p.* 43.)

GUYON. — **4** — Abcès de la prostate chez un homme de 44 ans. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Fusée à travers la grande

échancrure sciatique, jusqu'au niveau de la région trochantérienne, suppuration abondante et prolongée. — Mort. (*Voir obs. XXIII de cette thèse.*)

GUYON. — **5** — Abcès métastatique de la prostate au cours d'une variole chez un homme de 28 ans. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Cicatrisation imparfaite et survie d'une lacune prostatique faisant valvule. — Cathétérisme difficile. (PASTUREAU, *loc. cit., p.* 44.)

GUYON. — **6** — Rétrécissement uréthral, consécutif à de nombreuses chaudepisses, chez un homme de 42 ans. — Uréthrotomie interne. — Deux jours après l'opération, imprudence et refroidissement. Aussitôt cystite, puis abcès de la prostate. — Le pus contourne la prostate à droite, passe au devant de la vessie, s'engage dans l'épaisseur de la paroi abdominale et va pointer au niveau du rebord des fausses côtes gauches. — Incision à ce niveau. — 560 grammes de pus. — Mort au bout de deux mois. (*Voir obs. XXIV de cette thèse.*)

GUYON. — **7** — Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de 51 ans. — Cathétérisme brutal. — Tumeur urineuse au périnée. — Incision de la tumeur. — Uréthrotomie interne. — Abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Mort par infection purulente. (*Voir obs. XXV de cette thèse.*)

GUYON. — **8** — Abcès de la prostate chez un tonnelier (Ch. F.), entré le 15 mai 1873 à l'hôpital Necker. — La prostatite s'est développée au cours d'une blennorrhagie dont le début remontait à trois semaines. — Ouverture spontanée de l'abcès dans l'urèthre. — Guérison en quinze jours. (*Obs. inédite.*)

GUYON. — **9** — Prostatite phlegmoneuse diffuse chez un homme de 30 ans, entré à l'hôpital Necker le 1er janvier 1874. — (La cause n'est pas notée dans l'observation.) — Ouverture spontanée dans l'urèthre et le rectum. — Fusée dans la fosse ischio-rectale. — Incision sur les côtés de l'anus. — Issue d'un flot de pus. — Guérison en trois mois. (*Obs. inédite.*)

GUYON. — **10** — Abcès de la prostate provoqué chez un homme de 26 ans par une injection poussée avec violence dans le cours d'une blennorrhagie. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Guérison en un mois. (*Voir obs. XIII de cette thèse.*)

GUYON. — **11** — Abcès de la prostate à la suite d'excès de boisson chez un homme de 26 ans, atteint de blennorrhagie. — Incision par le rectum. — Guérison en vingt jours. (*Voir obs. XII de cette thèse.*)

GUYON. — **12** — Abcès périprostatique survenu sans cause appréciable, au cours d'une uréthrite chronique légère chez un sujet entré à l'hôpital Necker en 1876. — Ouverture spontanée de l'abcès dans l'urèthre. — Guérison. (*Obs. inédite.*)

GUYON. — **13** — Abcès de la prostate provoqué par une injection abortive. — Le malade, âgé de 50 ans, redoutait l'apparition d'accidents vénériens. — Il se poussa lui-même l'injection avec force. — Dès le lendemain, tous les signes de la prostatite se déclaraient. — Fusée dans la fosse ischio-rectale. — Incision et drainage. — Mort au bout de trois semaines avec tous les symptômes de l'infection purulente. (*Obs. inédite*, 1876.)

GUYON. — **14** — Abcès de la prostate provoqué par un cathétérisme brutal avec une sonde d'argent, chez un étudiant en pharmacie entré à l'hôpital Necker en 1876. — Accidents fébriles initiaux d'une gravité extrême, surtout au point de vue de la période du froid. Sueurs abondantes après les accès. — Disparition rapide de ces accès déterminés par le traumatisme uréthral et persistance de phénomènes fébriles peu accusés pendant l'évolution ultérieure de la prostatite suppurée. — Guérison. (*Obs. inédite.*)

GUYON. — **15** — Abcès de la prostate chez un jeune homme au retour d'un voyage en Cochinchine. — Le malade, très anémique, hémorrhoïdaire, avait eu plusieurs blennorrhagies et se livrait à des excès fréquents. — Les symptômes d'abcès (dysurie, etc.,) avaient été attribués à une crise hémorrhoïdaire par le médecin d'abord consulté. — Ouverture spontanée de l'abcès dans le rectum et l'urèthre. — Fistule uréthro-rectale consécutive. — Issue des gaz intestinaux par l'urèthre avec production d'une sorte de sifflement à chaque miction. — Guérison spontanée en six semaines. (*Obs. inédite*, 1876.)

GUYON. — **16** — Prostatite phlegmoneuse diffuse chez un Brésilien, avec fusée ischio-rectale droite au cours d'une blennorrhagie aiguë. – Ouverture spontanée de l'abcès dans le rectum, dans l'urèthre et au périnée. — Fistules consécutives. — Opération et guérison de la fistule périnéale. — L'écoulement de l'urine par le rectum persista. — Guérison temporaire de la fistule uréthro-rectale par le cathétérisne régulier à chaque miction. — Réapparition de l'état fistuleux dès la suppression du cathétérisme. (*M. Guyon a vu ce malade en* 1877 *et l'a perdu de vue.*)

GUYON. — **17** — Phlegmon périprostatique ayant fusé vers l'ombilic en suivant l'ouraque et vers la partie supérieure de la cuisse en passant par le trou obturateur. — Incision de l'abcès fémoral. — Ouverture spontanée de l'abcès ombilical. — Simultanément, phénomènes de propagation vers le tissu cellulaire prévésical. — Amélioration. — Malade perdu de vue. (Castañeda y Campos, *loc. cit.*, p. 35. 1878.)

GUYON. — 18 — Abcès de la prostate développé chez un homme de 40 ans, atteint de rétrécissement de l'urèthre. — Les accidents sont survenus à la suite de l'introduction de bougies dilatatrices. — Le traitement avait été conduit cependant avec douceur et suivant toutes les règles de la dilatation. — Frissons répétés. — Mort par infection purulente. (*Obs. inédite,* 1879.)

GUYON. — 19 — Homme de 47 ans entré à l'hôpital Necker en 1879. — Rétrécissement syphilitique du rectum et fistule à l'anus. — Consécutivement, abcès de la prostate. — Ouverture spontanée de l'abcès dans l'urèthre et le rectum. — Fistule uréthro-rectale. — Rectotomie linéaire (issue par l'urèthre du cérat introduit avec les mèches dilatatrices dans le rétrécissement rectal). — Guérison de la fistule anale. — Amélioration du rétrécissement rectal. — Survie de la fistule uréthro-rectale pendant dix mois (février à novembre 1879). — En novembre, trois cautérisations du trajet fistuleux uréthro-rectal à huit jours d'intervalle à l'aide du thermo-cautère. — Guérison. (*Obs. personnelle.*)

GUYON. — 20 — Abcès de la prostate provoqué chez un homme de 60 ans par une injection brutale. (Le malade pratiquant lui-même le lavage de sa vessie, introduisit incomplètement la sonde. — Il en conduisit l'extrémité jusqu'au niveau de la région prostatique sans franchir le col et poussa l'injection dans cette situation.) — Le soir même, frisson violent. — Accès urineux franc. — Dès le lendemain, fièvre modérée, symptômes de prostatite et d'orchite. — Cinq jours après, ouverture spontanée de l'abcès dans l'urèthre. — Guérison. (*Obs. inédite,* 1879.)

GUYON. — 21 — Abcès de la prostate développé à la suite d'un excès de table, chez un jeune homme de 25 ans, au cours d'une blennorrhagie. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Écoulement du pus mal assuré. — Phlegmon périprostatique par diffusion. — Incision par le rectum. — Le soir même, ouverture spontanée dans l'urèthre. — Fièvre avec exacerbation accusée le soir pendant dix-huit jours. — Incontinence passagère. Guérison. (*Voir obs. III de cette thèse.*)

GUYON. — 22 — Prostatite phlegmoneuse diffuse chez un homme de 28 ans, mal guéri d'une blennorrhagie antérieure. — Incision par le rectum. — Trois jours après, ouverture spontanée dans l'urèthre. — Guérison de l'abcès en un mois et demi. — A cette époque, persistance d'une incontinence légère survenue dans les vingt-deux derniers jours du traitement. (*Voir obs. IV de cette thèse.*)

GUYON. — 23 — Blennorrhagie chez un jeune homme de 22 ans. — A plusieurs reprises, phénomènes inflammatoires du côté de la prostate sous l'influence de causes occasionnelles diverses (excès

de table, — marche forcée, — contusion périnéale, etc.). — Abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre et le rectum. — Fusée purulente dans le triangle ischio-bulbaire. — Fistule périnéale. — Persistance de l'état fistuleux au bout d'un an. (*Voir obs. V de cette thèse.*)

GUYON. — **24** — Hypertrophie de la prostate chez un homme de 68 ans. — Prostatite suppurée avec fusée ischio-rectale sans réaction générale accusée. — Incision dans la fosse ischio-rectale. — Cicatrisation au bout de deux mois. (*Voir obs. VI de cette thèse.*)

GUYON. — **25** — Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de 31 ans, avec uréthrite chronique. — Abcès de la prostate. — Frissons répétés et fièvre intense (40°). — Ouverture spontanée dans le rectum. — Phlébite probable des veines périprostatiques. — Guérison au bout d'un mois. (*Voir obs. VII de cette thèse.*)

GUYON. — **26** — Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de 30 ans. — Uréthrotomie interne. — Suppuration périprostatique consécutive. — Incision de la collection purulente par le rectum. — Guérison quinze jours après l'incision. (*Voir obs. VIII de cette thèse.*)

GUYON. — **27** — Abcès de la prostate survenu après un cathétérisme maladroit chez un homme de 74 ans, affecté d'hypertrophie de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Guérison de l'abcès en un mois. (*Voir obs. IX de cette thèse.*)

GUYON. — **28** — Abcès périphlébitiques développé autour d'une prostate hypertrophiée chez un homme de 59 ans. — Mort par infection purulente. (*Voir obs. XXVI de cette thèse.*)

GUYON. — **29** — Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de 53 ans. — Uréthrotomie interne. — Abcès périphlébitiques autour de la prostate. — Infection purulente. — Mort. (*Voir obs. XXVII de cette thèse.*)

GUYON. — **30** — Pierre dans la vessie chez un homme de 73 ans. — Hypertrophie de la prostate. — Séances de lithotritie. — Abcès périprostatique. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Mort. (*Voir obs. XXVIII de cette thèse.*)

GUYON. — **31** — Pierre dans la vessie et hypertrophie prostatique chez un homme de 66 ans. — Abcès des parois vésicales consécutif aux manœuvres de la lithotritie. — Vaste suppuration rétro-prostatique. — Fusées multiples vers la région inguinale droite et le long du psoas du même côté. — Péritonite. — Mort. (*Voir obs. XXIX de cette thèse.*)

AMUSSAT. — **32** — Homme de 43 ans atteint d'un rétrécissement de l'urèthre. — Rétention d'urine subite à la suite d'une longue

course. — Abcès de la prostate. — Ouverture par le cathétérisme. — Guérison au bout de deux mois. (*Leçons sur les rét. d'urine. Paris,* 1832.)

BALZER. — **33** — Abcès prostatique aigu chez un tuberculeux de 41 ans. — Ouverture spontanée dans l'urèthre et le rectum. — Mort du fait de l'affection thoracique. (*Voir obs. XXII de cette thèse.*)

BERTHERAND. — **34** — Abcès de la prostate chez un étudiant âgé de 19 ans, provoqué par une injection abortive faite au cours d'une blennorrhagie. — Ouverture dans l'urèthre par le cathétérisme.— Guérison au bout d'une quinzaine de jours. (*Gaz. méd.*, 1851, *p.* 53.)

BONNAFOND. — **35** — Abcès de la prostate provoqué par des injections de nitrate d'argent pratiquées au cours d'une blennorrhagie chez un zouave. — Ouverture par le cathétérisme. — Guérison au bout de vingt jours. (*Cité par Bertherand. Gaz. méd.*, 1851, *p.* 53.)

CAIRE. — **36** — Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de 41 ans. — Cautérisation et dilatation du rétrécissement. — Quelques jours après, abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans le rectum et l'urèthre. — Guérison. (*Gaz. méd.,* 1837, *p.* 59.)

CIVIALE. — **37** — Collection purulente trouvée dans le lobe latéral gauche de la prostate, sur le cadavre d'un vieillard de 83 ans, mort d'épuisement à l'hôpital Necker le 3 mars 1839. — Rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner l'existence de cet abcès. (*Traité pratique sur les mal. des org. génito-urin.,* Paris, 1850, 2e *édit., t. II, p.* 477.)

CIVIALE. — **38** — Abcès de la prostate développé au cours d'une urèthrite compliquée d'irritation excessive du col vésical chez un homme de constitution robuste, le baron de S... — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Issue d'une quantité considérable de pus. — Guérison complète un peu tardive. (Plusieurs semaines de suppuration et longue convalescence.) (*Loc. cit., t. II, p.* 481.)

CIVIALE. — **39** — Plusieurs chaudepisses antérieures chez un boulanger âgé de 42 ans, entré à l'hôpital Necker en 1834. — Rétrécissement de l'urèthre. — Cautérisation et dilatation. — Au cours de ce traitement, développement d'un volumineux abcès de la prostate diagnostiqué la veille du jour où il s'ouvrit spontanément dans le rectum. — Guérison rapide. (*Loc. cit., t. III, p.* 482.)

CONCHE. — **40** — Prostatite suppurée survenue après une injection abortive au nitrate d'argent (solution très concentrée). — Incision de l'abcès par le rectum. — Issue d'une grande quantité de pus fétide. — Guérison. (*Bull. Soc. anat.,* 1867, *p.* 185.)

CAUDMONT. — **41** — Blennorrhagie chez un ingénieur brésilien. — Le malade se fit trois injections caustiques. — Aussitôt après, pros-

tatite aiguë et abcès. — Ouverture de l'abcès dans le canal. « Ce malade avait probablement une blennorrhée antérieure par une prostatite chronique que l'injection aura fait passer à l'état aigu. » (*Obs. citée par Horion : Des rétentions d'urine. Paris*, 1863, *p.* 323.)

DEMARQUAY. — 42 — Cathétérismes répétés pour un prétendu rétrécissement chez un homme de 45 ans, banquier à Bordeaux. — La sonde pénétrait toujours dans la vessie, mais plusieurs fois le canal avait saigné. — Dans ces conditions, phlegmon périprostatique, fusée périnéale antérieure. — Incision entre le bulbe et l'anus. — Guérison rapide. (*Gaz. des Hôp.*, 1856, *p.* 155.)

DEMARQUAY. — 43 — Le nommé J... d'un tempérament sanguin. — Blennorhagie mal guérie. — Rétention brusque à la suite d'un voyage en chemin de fer. — Réaction générale intense. — Abcès de la prostate. — Ouverture dans l'urèthre pendant le cathétérisme. — Guérison en un mois et demi. (*France méd.*, 1862, *p.* 568.)

DEMARQUAY. — 44 — Le nommé A..., âgé de 33 ans. — Habitudes de masturbation. — Deux blennorrhagies antérieures. — Au cours de la dernière, frisson, rétention, etc. — Prostatite et périprostatite. — Réaction générale vive. — Ouverture spontanée dans le rectum et l'urèthre. — Guérison. (*France méd.*, 1862, *p.* 568.)

DEMARQUAY. — 45 — Suppuration périprostatique survenue à la suite de longues courses en voiture et à pied chez un jeune homme de 27 ans atteint de blennorrhagie depuis trois mois. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Fusée dans la fosse ischio-rectale. — Large incision le long de la branche ascendante de l'ischion. — Guérison. (*Union méd.*, 1862.)

DEMARQUAY. — 46 — Rétrécissement de l'urèthre. — Le malade, Américain, était soumis à la dilatation progressive depuis un mois, lorsqu'il fit une course de dix lieues à cheval. — Le soir même, fièvre, tension périnéale, phénomènes de rétention. — Cinq jours après, la fluctuation d'un abcès prostatique se laissait reconnaître au toucher rectal. — Incision au-devant de l'anus, profonde de 4 à 5 centimètres. — Issue d'une grande quantité de pus. — Guérison au bout de neuf jours. (*Union méd.*, 1862.)

DEMARQUAY. — 47 — Suppuration périprostatique chez un homme de 33 ans, atteint de blennorrhagie. — Des battements artériels empêchent de recourir à l'incision par le rectum. — Ouverture spontanée dans cet organe et dans l'urèthre. — Guérison après un mois. (*Union méd.*, 1862.)

DEMARQUAY. — 48 — Abcès de la prostate avec suppuration périprostatique chez un homme de 41 ans atteint de blennorrhagie. — Fusée périnéale antérieure. — Incision au-devant de l'anus, à

gauche du raphé. — Injection iodée dans le trajet. — Guérison. (*Union méd.*, 1862.)

DEMARQUAY. — **49** — Suppuration périprostatique chez un homme de 39 ans atteint de blennorrhagie. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Fusée purulente dans la région périnéale antérieure. — Incision de la tumeur entre le bulbe et l'anus. — Fistule uréthro-périnéale consécutive. — Sonde à demeure. — Guérison. (*Union méd.*, 1862.)

DÉSORMEAUX. — **50** — Abcès métastatiques de la prostate sur un sujet mort d'infection purulente à l'hôpital Cochin. (*Soc. de chirurg., séance du* 1er *mai* 1861.)

DESPRÈS. — **51** — Abcès de la prostate chez un homme de 65 ans atteint d'hypertrophie prostatique. — Ouverture par le cathétérisme, puis fusée périnéale. — Fistule consécutive. — Amélioration au bout de cinq mois. (PASTUREAU, *loc. cit., p.* 45.)

DESPRÈS. — **52** — Hypertrophie de la prostate chez un homme de 62 ans. — Excès de coït. — Abcès de la prostate. — Incision de la collection purulente par le rectum à l'aide de l'ongle de l'index. — Guérison en quinze jours. (*Voir obs. X de cette thèse.*)

DRANSART — **53** — Rétrécissement uréthral chez un homme de 35 ans. — Uréthrotomie externe sans conducteur. — Abcès de la prostate. — Incision par le rectum avec l'ongle. — Ouverture spontanée dans le péritoine. — Mort par péritonite. (*Voir obs. XXI de cette thèse.*)

DUBREUIL. — **54** — Homme de 43 ans. — Blennorrhagies antérieures. Rétrécissement de l'urèthre. — Phénomènes de rétention trois semaines après une chute sur le périnée. — Cathétérisme brutal. — Abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Incision par le rectum. — Mort par infection purulente. (*Soc. de chirurg.*, 1872. *Barbier, Bull. Soc. anat.*, 1872, *p.* 283.)

DUGAS. — **55** — Abcès de la prostate chez un jeune homme de 26 ans à la suite d'une course de 15 lieues à cheval. — Ouverture par le cathétérisme. — Guérison rapide. — Troubles consécutifs dans l'émission du sperme. (*Voir obs. XV de cette thèse.*)

GAUFERNAND. — **56** — Officier arabe. — Plusieurs blennorrhagies antérieures, plus d'écoulement depuis six mois. — Abcès de la prostate à la suite d'excès de coït. — Fièvre, ténesme, difficultés de la miction. — Le pus se fait jour par quatre issues : l'urèthre, le scrotum, la partie moyenne du périnée et le rectum (l'urine avait suivi ces trois dernières voies et gangrené tout ce qui avait subi son contact). — Sonde à demeure. — Incision des trajets fistuleux du périnée. — Guérison en un mois. (*Arch. gén. de Méd.*, 1831, *t. XXV, p.* 109.)

GODLEE (J.) — **57** — Prostatite et cystite provoquées par la migration uréthrale d'un petit calcul vésical ou prostatique (l'autenr ne spécifie pas) chez un homme de 48 ans. — Amélioration passagère après l'issue du calcul. — Bientôt, réapparition des phénomènes douloureux. — Difficultés de la miction. — Cathétérismes répétés. — Un mois après le début des accidents, ouverture d'un petit abcès uréthral par le cathétérisme. — La dysurie persiste néanmoins et les difficultés du cathétérisme ne font que s'accroître. — Nouvelle poussée inflammatoire, annoncée par quelques frissons et accompagnée de diffusion dans la fosse ischio-rectale. — Incision de l'abcès par le rectum. — Guérison complète et rapide. (*The Lancet*, 14 *février* 1880, p. 243.)

HABRAN. — **58** — Blennorrhagie ancienne. — Rétrécissement de l'urèthre. — Fistules périnéales multiples. — Érysipèle des bourses. — Mort. — A l'autopsie : les deux lobes de la prostate « sont transformés en une poche fluctuante dont l'incision fait écouler un liquide purulent mêlé de sang. On ne trouve aucune voie de communication avec l'urèthre. » (*Bull. Soc. anat.*, 1867, *p*. 173.)

HOBON. — **59** — Difficultés de la miction chez un vieillard de 71 ans, atteint d'hypertrophie prostatique. — Course de 10 kilomètres à pied. — Rétention complète d'urine. — Impossibilité du cathétérisme. — Ponction hypogastrique. — Deux mois après le début de la rétention complète, ouverture d'un volumineux abcès de la prostate par le cathétérisme. — Guérison. (*Gaz. des hôp.*, 1877, *p*. 82.)

LABARRAQUE. — **60** — Vaste suppuration rétro-vésicale et périprostatique survenue à la suite d'un cathétérisme brutal, chez un homme de 82 ans atteint d'hypertrophie prostatique. — Mort. — A l'autopsie : la prostate, très hypertrophiée, ne contient pas de pus. — La collection purulente périprostatique est venue s'ouvrir dans l'urèthre au niveau de la portion membraneuse. (*Bull. Soc. anat.*, 1873, *p*. 739.)

LABBÉ (L.). — **61** — Rétrécissement uréthral très-serré et fistule urineuse au périnée chez un homme de 34 ans, entré à l'hôpital Lariboisière en 1879. — Uréthrotomie interne le 10 décembre. — Accidents fébriles graves à la suite de l'opération. — Quelques jours après, abcès au niveau de la région périnéale et collection purulente au niveau de la région inguinale droite. — Incision de la collection purulente. Celle-ci communique avec un long trajet qui plonge dans le petit bassin et gagne la région prostatique. — Amélioration graduelle depuis l'opération. (*Obs. communiquée par mon excellent collègue M. Levrat.*)

LAFORGUE. — **62** — Abcès de la prostate avec fusée intervésico-rectale chez un homme de 24 ans qui s'était livré à des excès alcooliques et dont le périnée avait été en contact, pour ainsi dire permanent,

avec un corps dur (véritable contusion chronique professionnelle). — Aucune affection antérieure des organes génito-urinaires. — Le diagnostic n'est pas porté. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Mort au bout de quinze jours par infection purulente. (*Voir obs. XX de cette thèse.*)

LALLEMAND. — 63 — Rétention d'urine grave due à une prostatite aiguë survenue, à la suite d'une course à cheval, chez un homme qui avait eu neuf blennorrhagies antérieures et qui était atteint de rétrécissement. — Ouverture de l'abcès dans l'urèthre. — Guérison très tardive. (*Obs. sur les mal. des org. gén. urin.*, 1825, 1e *partie, p.* 97.)

LALLEMAND. — 64 — Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de 60 ans (Olivier). — Cathétérismes difficiles. — Suppuration de la prostate. — Pierre dans la vessie. — Pyélo-néphrite. — Mort. — La prostate était complètement détruite par la suppuration. — La caverne communiquait avec l'urèthre par de petits orifices qui faisaient ressembler la muqueuse à une écumoire. (*Même ouvrage,* 2e *partie, p.* 244.)

LALLEMAND. — 65 — Blennorrhagie contractée par un rhumatisant de 18 ans. — Rechutes fréquentes et presque toujours consécutives à des refroidissements. — Cautérisation à 28 ans. — Trois jours après, voyage long dans une voiture mal suspendue. — Abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Guérison de l'abcès. (*Même ouvrage,* 2e *partie, p.* 404.)

LALLEMAND. — 66 — Abcès de la prostate chez un jeune homme de 24 ans qui s'était livré à des excès de masturbation. — Rétention complète d'urine. — Cathétérisme impossible. — Ponction hypogastrique. — Ouverture spontanée de l'abcès dans le rectum et dans l'urèthre. — Fusée purulente dans la région périnéale. — Fistule persistante. — Guérison au bout de six mois. (*Voir obs. XVI de cette thèse.*)

LALLEMAND. — 67 — Abcès de la prostate chez un sujet atteint de rétrécissement. — Ouverture de l'abcès par l'urèthre avec une petite sonde de platine. — Rupture de la sonde. — Sortie spontanée du fragment. — Guérison rapide (peut-être l'absorption intempestive d'une forte dose de potion de Chopart a-t-elle joué un rôle dans la production de la prostatite). (Verdier, *Obs. et réflex. sur les phlegm. de la prostate. — Le Vigan*, 1837.)

LALLEMAND. — 68 — Rétention d'urine symptomatique d'une affection cérébrale chez un jeune homme de 24 ans, soldat au 8e régiment de dragons. — Cathétérisme difficile. — Fausse route. — Mort du fait de l'affection cérébrale. — A l'autopsie : 30 grammes de pus dans la prostate. (Verdier, *loc. cit.*)

LALLEMAND. — 69 — V..., cultivateur des Cévennes. — Apoplexie. — Hémiplégie gauche. — Coma. — Rétention d'urine. — Cathétérisme brutal. — Hémorrhagie uréthrale abondante. — Abcès de la prostate. — Ouverture dans l'urèthre pendant le cathétérisme. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Guérison complète au bout de six mois. (VERDIER, *loc. cit.*)

LALLEMAND. — 70 — Blennorrhagie mal traitée. — Rechutes fréquentes. — Pollutions nocturnes. — Hypochondrie. — Abcès de la prostate. — Ouverture dans l'urèthre. — Lésions des vésicules séminales. Pyélo-néphrite. — Mort. (*Pertes sém. invol.,* 1842, *t. I, p.* 13.)

LALLEMAND. — 71 — Blennorrhagie mal traitée chez un homme de 40 ans. — Rétrécissement. — Phénomènes de rétention. — Suppuration prostatique méconnue pendant la vie. — (Trente petits abcès et autant de tubercules miliaires à l'état cru.) — Mort par hémorrhagie cérébrale. (*Même ouvrage, t. I, p.* 36.)

LALLEMAND. — 72 — Abcès de la prostate provoqué par un excès de boisson au cours d'une blennorrhagie chez un jeune homme de 20 ans. — Ouverture dans l'urèthre pendant le cathétérisme. — Péritonite. — Suppuration abondante. — Accidents fébriles prolongés avec exacerbation accusée le soir. — Incision de la prostate comme dans une taille bilatérale. — Guérison en deux mois et demi. (*Voir obs. XVIII de cette thèse.*)

LALLEMAND. — 73 — Abcès de la prostate chez un officier de marine de 25 ans, au cours d'une blennorrhagie. — Incision périnéale profonde dès le début. — Guérison prompte et complète. — Huit ans après, nouvel abcès prostatique. — Cette fois, ouverture spontanée dans le rectum et l'urèthre. — Rupture des canaux éjaculateurs. — Fistule uréthro-rectale. — Émission du sperme par le rectum. — Sonde à demeure. — Cautérisation. — Guérison. (*Voir obs. XVII de cette thèse.*)

LALLEMAND. — 74 — Abcès de la prostate chez un homme de 23 ans qui, atteint de blennorrhagie, s'était livré à des excès de coït et de boisson. — Ouverture pendant le cathétérisme. — Issue d'une grande quantité de pus. — Guérison complète au bout de trois semaines. (*Clin. méd. chirurg.*, *p.* 271. *Paris,* 1845.)

LALLEMAND. — 75 — M. G..., capitaine d'artillerie, contracte la chaudepisse pour la deuxième fois. — A la suite d'un voyage fait au cours de cette deuxième chaudepisse, rétention complète avec priapisme. — Cathétérisme difficile. — La miction, toujours très difficile, devient cependant possible. Le passage des premières gouttes d'urine provoque une vive douleur et des érections violentes. — Ouverture spontanée dans l'urèthre d'un abcès prostatique. — Amélioration. — Quelques jours après, nouvelle poussée inflammatoire du côté de la prostate avec attaque de rhuma-

tisme articulaire aigu. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Quatre mois après la santé générale s'était rétablie; mais le malade rendait toujours du pus par le rectum. Cet écoulement était intermittent. Il durait trois ou quatre jours, puis cessait pendant plusieurs semaines pour reparaître ensuite. (*Clin. méd. chir.*, *p.* 273.)

LALLEMAND. — 76 — Abcès de la prostate à évolution lente chez un menuisier entré à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi le 29 novembre 1842. — Ouverture spontanée dans l'urèthre et le rectum. — Fistule uréthro-rectale. — Suppuration prolongée. — Cystite. — Pyélo-néphrite. — Mort. (*Clin. méd.-chir.*, *p.* 288.)

LALLEMAND. — 77 — Abcès de la prostate. — Ouverture simultanée dans l'urèthre et le rectum. — Large fistule uréthro-rectale. — Destruction complète de la prostate. — Suppuration prolongée. — Pleuro-pneumonie. — Mort. (*Clin. méd.-chir. p.* 289.)

MOYSANT. — 78 — Suppuration périprostatique chez un calculeux de 74 ans à la suite de tentatives brutales de cathétérismes ayant déchiré la muqueuse prostatique. — Mort avec délire et parotidite suppurée. — A l'autopsie : « la prostate est entourée d'un grand nombre d'abcès développés seulement dans le tissu cellulaire périprostatique. » (*Bull. Soc. anat.*, 1856, *p.* 81.)

MUNCHMEYER. — 79 — Abcès de la prostate chez un cordonnier de 56 ans dont la constitution était altérée par des excès vénériens et des « maladies syphilitiques antérieures ». — Fusée périnéale. — Fistule. — Ouverture consécutive dans l'urèthre. — Infiltration d'urine. — Gangrène des téguments. — Dénudation des testicules. — Guérison. (*Obs. allemande relatée in Gaz. méd. de Paris*, 1839. *p.* 790.)

NÉLATON. — 80 Hypertrophie de la prostate chez un vieillard. — Rétention d'urine. — Abcès de la prostate. — Ouverture dans l'urèthre pendant un effort de défécation. (*Obs. citée par Horion, loc. cit.*, *p.* 337.)

NÉLATON. — 81 — Goutte militaire depuis huit ans chez un jeune homme bien constitué et bien portant d'ailleurs. — Injection d'huile camphrée poussée avec force. — Rétention brusque avec phénomènes douloureux et avec fièvre. — Abcès de la prostate. — Ouverture spontanée de l'abcès dans l'urèthre pendant le cathétérisme. — Guérison. (*Fr. médic.*, 1859, *p.* 163.)

NÉLATON. — 82 — Abcès de la prostate. — Rétention d'urine. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Production ultérieure d'une fistule urinaire ombilicale. (Dilatation de l'ouraque restée perméable). — Terminaison inconnue. (*Obs. citée par Horion, loc. cit.*, *p.* 324.)

OLIVE. — **83** — Abcès de la prostate chez un sujet atteint de cystite cantharidienne. — Ouverture dans l'urèthre pendant le cathétérisme. — Guérison. (*Voir obs. XIX de cette thèse.*)

OTTO STOLL. — **84** — Abcès de la prostate chez un homme de 27 ans atteint de blennorrhagie. — Ouverture par le cathétérisme. — Guérison au bout de trois semaines. (Otto Stoll, *Zur Pathologie und Therapie des acuten Prostata abscesses. Zurich,* 1877, *p.* 5.)

OTTO STOLL. — **85** — Abcès de la prostate et périprostatique chez un homme de 55 ans atteint de blennorrhagie. — Ouverture spontanée dans l'urèthre et le rectum. — Guérison au bout de deux mois un quart. (*Loc. cit., p.* 5.)

OTTO STOLL. — **86** — Abcès de la prostate chez un homme de 62 ans atteint de blennorrhagie. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Cystite et pyélite. — Guérison après un mois et demi. (*Loc. cit., p.* 7.)

OTTO STOLL. — **87** — Abcès de la prostate consécutif à une fausse route chez un homme de 30 ans. — Ponction par le périnée avec un trocart. — Néphrite. — Infiltration d'urine. — Mort au bout d'un mois par infection purulente. (*Loc. cit., p.* 8.)

OTTO STOLL. — **88** — Abcès de la prostate chez un homme de 49 ans atteint de rétrécissement. — Ouverture chirurgicale par le périnée. — Amélioration au bout de quatre semaines. (*Loc. cit., p.* 9.)

OTTO STOLL. — **89** — Abcès de la prostate chez un homme de 53 ans atteint de blennorrhagie. — Incision pratiquée probablement par le rectum. — Guérison après trois semaines. (*Loc. cit., p.* 9.)

OTTO STOLL. — **90** — Abcès de la prostate chez un homme de 39 ans. — Ouverture spontanée dans le rectum et l'urèthre. — Cysto-pyélite et périprostatite. — Guérison au bout de deux semaines. (*Loc. cit., p.* 10.)

OTTO STOLL. — **91** — Abcès de la prostate chez un homme de 28 ans atteint de blennorrhagie. — Incision par le rectum. — Cystite. — Guérison après deux mois et demi. (*Loc. cit., p.* 11.)

OTTO STOLL. — **92** — Abcès de la prostate chez un homme de 62 ans atteint de blennorrhagie. — Incision par le périnée. — Amélioration et fistule périnéale persistante après deux mois. (*Loc. cit., p.* 12.)

OTTO STOLL. — **93** — Abcès de la prostate avec périprostatite et cystite aiguë chez un homme de 32 ans atteint de blennorrhagie. — Incision par le périnée. — Guérison après sept semaines. (*Loc. cit., p.* 12.)

OTTO STOLL. — **94** — Abcès de la prostate chez un homme de 33 ans atteint de blennorrhagie. — Ouverture spontanée de l'abcès dans l'urèthre. Cysto-pyélite. — Guérison après trois semaines. (*Loc. cit., p.* 13.)

OTTO STOLL. — **95** — Abcès de la prostate chez un homme de 43 ans atteint de blennorrhagie. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Guérison au bout de dix jours. (*Loc. cit., p.* 14.)

OTTO STOLL. — **96** — Abcès de la prostate chez un homme de 57 ans atteint de rétrécissement de l'urèthre. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Cystite. — Guérison après un mois et demi. (*Loc. cit., p.* 15.)

OTTO STOLL. — **97** — Abcès de la prostate chez un homme de 30 ans. — Cause inconnue. — Ouverture spontanée dans le rectum et l'urèthre. — Guérison après une semaine (?) (*Loc. cit., p.* 16.)

OTTO STOLL. — **98** — Abcès de la prostate chez un homme de 27 ans. — Cause inconnue. — Incision par le rectum. — Guérison après trois semaines. (*Loc. cit., p.* 17.)

OTTO STOLL. — **99** — Abcès de la prostate consécutif peut-être à un refroidissement chez un homme de 65 ans. — Ouverture dans l'urèthre. — Mort par infection purulente, avec néphrite et abcès métastatique du poumon. (*Loc. cit., p.* 17.)

OTTO STOLL. — **100** — Abcès de la prostate consécutif à une fausse route chez un homme de 76 ans. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Cystite. — Pyélite. — Gangrène du rectum. — Péritonite. — Mort au bout de deux semaines. (*Loc. cit., p.* 18).

PETIT (J.-L.). — **101** — Abcès de la prostate chez un malade atteint d'hypertrophie de la prostate. — Ouverture de l'abcès dans la vessie par pression volontaire avec le bec de la sonde. — Guérison. (*Voir obs. I de cette thèse.*)

PETIT (J.-L.). — **102** — Abcès de la prostate développé au cours d'une chaudepisse à la suite d'un excès de boisson, chez un homme de 35 à 40 ans ayant eu plusieurs chaudepisses antérieures. — Ouverture dans la vessie (?) pendant un effort de vomissement. — Guérison de l'abcès. (*Voir obs. II de cette thèse.*)

PIGEAUX. — **103** — Prostatite blennorrhagique. — Abcès de la prostate. — Fusée vers l'anneau inguinal par l'intermédiaire du canal déférent. (*Bull. Soc. anat.*, 1830, *p.* 188.)

POZZI. — **104** — Abcès de la prostate chez un étudiant en médecine qui, atteint de blennorrhagie, s'était livré à des excès divers. — Ouver-

ture spontanée dans l'urèthre. — Fusée purulente dans la fosse ischio-rectale et fistule consécutive. — La guérison de la fistule et de l'écoulement uréthral n'a été obtenue que neuf mois après la première poussée de prostatite. (*Voir obs. XI de cette thèse.*)

RELIQUET. — 105 — Hypersécrétion uréthrale ancienne chez un homme de 28 à 29 ans. — Excès génésiques. — Inflammation de la vésicule séminale droite. — Phlegmon rétro-prostatique. — Propagation le long du canal déférent jusqu'au niveau de la région inguinale. — Guérison. — Deux mois après, hernie inguinale. — Un an après, « l'anneau externe et l'anneau interne sont revenus sur eux-mêmes; il n'y a plus trace de hernie. » (*In note lue à la Soc. de méd. de Paris dans la séance du* 9 *février* 1878.)

RELIQUET. — 106 — Abcès rétro-prostatique de cause inconnue développé chez un homme de 52 ans. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Fusée le long du canal déférent jusqu'au niveau du canal inguinal droit. — Incision à ce niveau. — Irrigations rectales et injections dans l'abcès inguinal d'eau phéniquée au millième. — Guérison. (*In note lue à la Soc. de méd. de Paris dans la séance du* 9 *février* 1878.)

RELIQUET. — 107 — Phlegmon rétro-prostatique de cause indéterminée chez un homme de 34 ans. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Guérison. (*In note lue à la Soc. de méd. de Paris, séance du* 9 *février* 1878.)

RELIQUET. — 108 — Phlegmon rétro-prostatique de cause indéterminée chez un homme de 55 à 60 ans. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Guérison. (*In note lue à la Soc. de méd. de Paris, séance du* 9 *février* 1878.)

SOCIN. — 109 — Gros abcès de la prostate trouvé à l'autopsie d'un sujet mort d'infection purulente. — L'infection purulente avait eu pour point de départ un phlegmon du pied droit. (*In Handbuch... Pitha et Billroth, t. III, deuxième partie.*)

SOLMON. — 110 — Rétrécissement uréthral consécutif à plusieurs blennorrhagies antérieures chez un homme de 42 ans. — Rupture de l'urèthre en arrière du rétrécissement. — Fistule périnéale. — Mort par érysipèle. — A l'autopsie : Prostate complètement détruite par la suppuration. — La loge communique avec l'urèthre par deux petits orifices situés de chaque côté du verumontanum. — Elle communique en haut avec une deuxième poche purulente située entre la vessie et le rectum. (*Bull. Soc. anat.*, 1871, *p.* 220.)

STOLL. — 111 — Homme de 32 ans. — Plusieurs blennorrhagies antérieures. — Rétrécissement. — Mort avec des phénomènes de rétention. — A l'autopsie : abcès miliaires multiples dans le pa-

renchyme prostatique, etc. (*D'après Lallemand. Pertes sem. invol.*, t. I, *p.* 42, 1845.)

TERRILLON. — **112** — Abcès prostatique aigu d'origine blennorrhagique chez un jeune homme de 19 ans. — Battements artériels au niveau de l'abcès. — Incision par le rectum. — Guérison. (*Gaz. des hôp.,* 1879, *p.* 986.)

THOMPSON. — **113** — Prostatite et cystite à la suite d'excès et après l'exposition au froid chez un homme de 54 ans. — Terminaison par un abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Mort de pneumonie. (*Traité prat. des mal. des v. urin. Trad. francaise, p.* 356. *Paris*, 1874.)

THOMPSON. — **114** — Obstruction fort ancienne de l'urèthre chez un homme de 73 ans. — Difficulté de la miction et incontinence depuis plusieurs années. — Cathétérisme impossible. — Mort. — A l'autopsie : deux calculs gros comme un petit pois enchatonnés dans la portion bulbeuse de l'urèthre. — Fonte purulente de la prostate. — Communication de l'abcès prostatique avec l'urèthre. — Abcès de la vésicule séminale droite. (*Loc. cit.*, *p.* 357.)

TILLAUX. — **115** — Abcès de la prostate chez un jeune homme de 20 ans. — Le malade était indemne de toute affection uréthrale antérieure. — La prostatite a nettement succédé chez lui aux excès d'un coït excessif. — Ouverture spontanée de l'abcès dans l'urèthre. — Deuxième poussée inflammatoire, diffusion vers le trou obturateur gauche et tumeur phlegmoneuse à la racine de la cuisse. — Cette propagation fémorale n'aboutit pas á suppuration et se termine par résolution. — Mais, peu après, ouverture spontanée de l'abcès péri-prostatique dans le rectum. — Fistule uréthro-rectale consécutive. — Suppuration abondante. — Mort par épuisement. (*Voir obs. XXX de cette thèse.*)

Les 115 observations résumées dans le tableau précédent se répartissent de la manière suivante au point de vue de l'**âge**, des **causes**, de la **marche**, de la **durée** et de la **terminaison.**

AGE

L'âge est indiqué 86 fois. Le malade le plus jeune avait 19 ans, et le plus vieux 84 ans.

Le relevé de ces 86 cas, pris en bloc, semble indiquer que le maximum de fréquence des abcès prostatiques correspond à l'âge de 42 à 43 ans. Je ne crois pas le fait exact. — Il faut, pour donner quelque valeur à une statistique de ce genre, tenir compte des circonstances étiologiques et distinguer deux séries de fait :

1° *Les prostatites d'origine uréthrale* (*blennorrhagie*, etc.) ;

2° *Les prostatites qui se développent chez des malades atteints d'hypertrophie prostatique.*

En procédant ainsi, on trouve comme *âge moyen* des malades de la *première série : 34 à 35 ans.* (Le plus jeune avait 19 ans, et le plus vieux 57 ans.)

Pour ceux de la *deuxième, l'âge moyen* correspond à 67 *ou* 68 *ans.* (Le plus jeune avait 54 ans, et le plus vieux 84 ans.)

CAUSES

Sur les 115 observations la cause est notée 98 fois.

Les 98 cas comprennent :	12 cas d'abcès développés sans qu'il soit fait mention d'un état pathologique antérieur du canal ou de la prostate. 86 cas d'abcès avec état pathologique antérieur du canal ou de la prostate.

Les 12 cas sans état pathologique antérieur mentionné comprennent :

1 cas d'abcès développé sous l'influence combinée des excès alcooliques et de la contusion chronique du périnée. (*Obs.* 62.)

1 cas dans lequel on peut incriminer la migration d'un calcul et le cathétérisme. (*Obs.* 57.)

1 cas où l'absortion des cantharides parait avoir joué le rôle principal. (*Obs.* 83.)

1 cas provoqué par des phénomènes inflammatoires nés au voisinage d'un rétrécissement rectal. (*Obs.* 19.)

2 cas d'abcès nettement provoqués par des excès génésiques (excès de coït, *obs.* 115; excès de masturbation, *obs.* 66).

3 cas d'abcès métastatiques (variole *obs.* 5; infection purulente, *obs.* 50 et 109).

3. cas d'abcès traumatiques par cathétérisme. (*Obs.* 42, 68, 69.)

(Plusieurs de ces cas sont évidemment sujets à caution en ce qui regarde l'absence de toute affection uréthrale antérieure.)

Les 86 cas avec état pathologique antérieur comprennent :

A. **46** blennorrhagiques.
B. **23** rétrécis.
C. **17** prostatiques (hypertrophie).

A. Chez les 46 blennorrhagiques :

24 fois, la blennorrhagie a provoqué l'inflammation suppurative de la prostate sans l'intervention d'aucune autre cause.

22 fois, l'abcès s'est développé au cours de l'écoulement uréthral, mais sous l'influence d'une cause occasionnelle.

B. Chez les 23 rétrécis.

9 fois, l'abcès s'est développé sans l'intervention d'une cause occasionnelle.

14 fois, l'abcès a été provoqué par une cause occasionnelle.

C. Chez les 17 prostatiques.

5 fois, l'hypertrophie était seule en cause.

12 fois, il y a eu intervention d'une cause occasionnelle.

Par conséquent, sur 86 cas d'abcès avec état pathologique antérieur, 38 *fois*, l'abcès n'a été pour ainsi dire qu'une complication pontanée de l'état pathologique préexistant :

Hypertrophie prostatique, **5 fois**. (*Voy. obs.* 24, 28, 51, 80, 101.)

Rétrécissement, **9 fois**. (*Voy. obs.* 2, 58, 67, 71, 88, 96, 110, 111, 114.)

Blennorrhagie, **24 fois**. (*Voy. obs.* 8, 12, 15, 16, 22, 25, 33, 38, 47, 48, 49, 70, 73, 75, 84, 85, 86, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 112.)

Dans les 48 autres cas (α. 22 blennorrhagiques; β. 14 rétrécis; γ. 12 prostatiques,) l'abcès s'est développé sous l'influence d'une cause occasionnelle. Les causes relatées sont les suivantes :

α. Pour les 22 blennorrhagiques :

9 fois, l'influence plus ou moins combinée des excès génésiques et des excès de boisson (*voy. obs.* 11, 21, 44, 56, 72, 74, 102, 104, 105).

6 fois, des injections brutales, intempestives ou trop caustiques (*voy. obs.* 10, 34, 35, 40, 41, 81).

6 fois, des causes telles que marche forcée, équitation, voyage en voiture mal suspendue, etc. (*voy. obs.* 23, 43, 45, 55, 63, 65).

1 fois, un cathétérisme avec sonde métallique (*voy. obs.* 14).

β. Pour les 14 rétrécis :

5 fois, l'uréthrotomie interne (*voy. obs.* 6, 7, 26, 29, 61).

3 fois, la dilatation (*voy. obs.* 18, 36, 39).

2 fois, cathétérisme difficile (*voy. obs.* 64, 85).

1 fois, l'uréthrotomie externe (*voy. obs.* 53).

1 fois, chute sur le périnée (*voy. obs.* 54).

1 fois, marche forcée (*voy. obs.* 32).

1 fois, course à cheval (*voy. obs.* 46).

γ. Pour les 12 prostatiques :

6 fois, traumatismes divers de la région prostatique : cathétérisme (*obs.* 27, 60, 78), fausse route (*obs.* 100), injections poussées avec violence (*obs.* 13, 20.)

2 fois, refroidissement (*voy. obs.* 99? 113).

2 fois, manœuvres de la lithotritie (*voy. obs.* 30, 31).

1 fois, course de 10 kilomètres à pied (*voy. obs.* 59).

1 fois, excès de coït (*voy. obs.* 52).

En résumé, sur 98 malades atteints d'abcès prostatiques :

69 avaient déjà un écoulement uréthral :
- Blennorrhagie, 46 fois.
- Symptômes de rétrécissement, 23 fois.

17 étaient atteints d'hypertrophie prostatique.

12 paraissaient indemnes de toute affection antérieure de l'appareil génito-urinaire. Mais, je le répète, pour plusieurs d'entre eux, on est autorisé à émettre des doutes sur la réalité de ce fait.

On voit enfin qu'au point de vue pathogénique, on peut classer les 98 observations de la manière suivante :

A. Causes indirectes :

I. — **2 cas de prostatite à frigore.** (Les deux malades étaient atteints d'hypertrophie prostatique.)

II. — **3 cas de prostatite métastatique.**

B. Causes directes...

I. — **17 cas de prostatite traumatique.**

10 par cathétérisme ou fausse route. (L'un des malades était blennorrhagique, deux autres étaient rétrécis, quatre avaient de l'hypertrophie prostatique, trois seulement paraissaient indemnes de toute affection uréthro-prostatique antérieure.)

1 par influence combinée du cathétérisme et de la migration d'un calcul.

3 par injections lancées avec violence; l'un des malades était blennorrhagique, les deux autres prostatiques.

2 par manœuvres de lithotritie chez deux prostatiques.

1 par traumatisme de dehors en dedans (chute sur le périnée) chez un rétréci.

II. — **43 cas de prostatite par propagation.** (Ce chiffre est certainement inférieur à la réalité puisque, dans notre relevé, les malades atteints d'écoulements uréthraux sont au nom bre de 69.)

1 cas de propagation par contiguïté.

33 cas de propagation spontanée au cours d'une uréthrite (24 blennorrhagiques et 9 rétrécis).

5 cas à la suite de l'uréthrotomie interne.

3 cas à la suite de l'introduction d'instruments dilatateurs.

1 cas à la suite de l'uréthrotomie externe.

III. — **33 cas de prostatite par irritation directe ou par excès de congestion.**

12 cas par excès génésiques associés ou non aux excès de boisson. (Deux fois, ils ont suffi à produire l'abcès sans qu'il y eût d'affection uréthro-prostatique antérieure. Sur les dix autres malades, le terrain était préparé, neuf fois par la blennorrhagie, une fois par l'hypertrophie prostatique.)

10 cas par causes diverses telles que : équitation, marche forcée, etc. (Un seul malade n'avait pas d'affection uréthro-prostatique antérieure. Six étaient blennorrhagiques, deux rétrécis, et l'autre avait de l'hypertrophie prostatique.)

5 cas par injections abortives ou trop caustiques chez des blennorrhagiques.

5 cas où l'abcès n'a été qu'une complication spontanée chez des malades atteints d'hypertrophie prostatique.

1 cas dans lequel l'absorption des cantharides a paru jouer un rôle.

MARCHE

Sur les 115 observations, 13 fois (*obs.* 14, 18, 28, 29, 37, 41, 50, 58, 68, 71, 78, 109, 111), la direction suivie par le pus n'est pas notée. (Les 13 cas comprennent ceux où les abcès ont été trouvés à l'autopsie sans communication extra-prostatique.)

Les 102 autres observations se répartissent de la manière suivante :

35 abcès ouverts dans l'urèthre seulement (*voy. obs.* 5, 7, 8, 10, 12, 20, 27, 32, 34, 35, 38, 43, 55, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 70, 74, 80, 81, 83, 84, 94, 95, 96, 99, 100, 102, 110, 113, 114).
21 abcès ouverts à la fois dans le rectum et l'urèthre (*voy. obs.* 9, 15, 16, 19, 21, 22, 33, 36, 44, 47, 54, 66, 69, 73, 75, 76, 77, 85, 90, 97, 104).
18 abcès ouverts dans le rectum seulement (*voy. obs.* 1, 3, 11, 25, 26, 30, 39, 40, 52, 57, 82, 86, 89, 91, 98, 107, 108, 112).
7 abcès ouverts au-devant de l'anus dans la région périnéale antérieure (*voy. obs.* 42, 46, 48, 87,88, 92, 93).
5 abcès ouverts à la fois dans l'urèthre et au niveau de la région périnéale (*voy. obs.* 2, 49, 51, 72, 79).
3 abcès ayant fusé dans la fosse ischio-rectale et ouverts sur les côtés de l'anus (*voy. obs.* 13, 24, 45.)
3 abcès avec fusée inguinale sans autre ouverture (*voy. obs.* 31, 103, 105).
2 abcès ouverts à la fois dans le rectum, dans l'urèthre et au niveau du périnée (*voy. obs.* 23, 56).
1 abcès ouvert par la sonde dans la vessie (*voy. obs.* 101).
1 abcès avec fusée par la paroi abdominale jusqu'au rebord des fausses côtes (*voy. obs.* 6).
1 abcès ouvert dans l'urèthre avec fusée par la grande échancrure sciatique vers le grand trochanter (*voy. obs.* 4).
1 abcès ouvert dans le rectum et dans le péritoine (*voy. obs.* 53).
1 abcès ouvert au niveau du périnée avec fusée inguinale (*voy. obs.* 61).
1 abcès ouvert dans le rectum avec fusée inguinale (*voy. obs.* 106).
1 abcès avec propagation prévésicale, fusée obturatrice et fusée ombilicale (*voy. obs.* 17).
1 abcès ouvert dans le rectum et l'urèthre avec diffusion vers la cuisse par le trou obturateur (*voy. obs.* 115).

Envisageant maintenant les directions suivies par le pus au point de vue de leur fréquence réciproque, dans ces 102 cas, on voit ce qui suit :

64 fois le pus s'est fait jour par l'urèthre.				
43 fois	—	—	le rectum	30 fois spontanément. 13 fois par incision.
15 fois	—	—	le périnée	5 fois spontanément. 10 fois par le bistouri.
8 fois	—	—	la fosse ischio-rectale.	

3 fois le pus s'est dirigé vers la région inguinale.
2 fois — — le trou obturateur.
1 fois — — l'ombilic.
1 fois — — la fesse par la grande échancrure sciatique

C'est le seul cas où les attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate aient cédé devant la marche du pus.

1 fois le pus s'est dirigé vers le rebord des fausses côtes.
1 fois l'abcès s'est ouvert dans le péritoine.
1 fois la diffusion a gagné la cavité prépéritonéale de Retzius.

DURÉE ET TERMINAISON

Sur les 115 observations nous trouvons :

70 guérisons.
34 morts (l'âge moyen des malades morts est de 51 à 52 ans).
10 cas avec survie de fistules.
1 cas dont la terminaison n'est pas signalée.

Sur les 34 morts, 11 ne sont pas dues aux abcès et reconnaissent pour causes des affections antérieures ou intercurrentes (érysipèle, affection thoracique), etc.

Le 23 autres se répartissent ainsi :

9 par infection purulente (*obs.* 7, 13, 18, 28, 29, 54, 62, 87, 99).
4 par suppuration prolongée (*obs.* 4, 6, 30, 115).
3 par péritonite (*obs.* 31, 53, 100).
3 par pyélo-néphrite (*obs.* 64, 70, 76).
1 avec la mention : phénomènes de rétention (*obs.* 111).
1 — — : délire, parotidite (*obs.* 78).
2 cause non spécifiée.

En comparant entre eux les 37 cas dans lesquels l'époque de la guérison est spécifiée, on arrive à trouver 51 jours comme durée moyenne. Mais ce chiffre est sans valeur et porte sur des éléments qui sont trop disparates pour permettre une comparaison. Les trajets fistuleux qui succèdent aux abcès prostatiques peuvent reculer la guérison de douze à quinze mois et plus, alors qu'un phlegmon prostatique, franchement incisé dès le début, peut guérir en 12 jours.

Des considérations analogues nous empêchent de rechercher, dans les cent quatorze cas à terminaisons connues, l'influence précise de l'intervention chirurgicale sur la durée de la maladie. Du reste, le rôle de l'intervention chirurgicale dans la marche des abcès prostatiques se passe de démonstration.

Relevons néanmoins ce fait que, sur 114 abcès de la prostate, 71 ont été laissés à eux-mêmes et 43 ont été l'objet d'une intervention chirurgicale précoce dans certains cas et malheureusement tardive pour beaucoup d'autres.

Les 71 non traités ont donné....	36 guérisons. 6 améliorations (suivie du trajet fistuleux). 29 morts dont 18 imputables à l'abcès prostatique.
Tandis que les 43 traités ont donné	33 guérisons. 5 améliorations. 5 morts.

Il est peut-être moins arbitraire et plus utile de rechercher les variations de la durée ou de la terminaison, suivant certains cas particuliers, et de comparer entre eux les cas dans lesquels le pus se fait jour soit du côté de l'urèthre, soit du côté du rectum, soit vers le périnée.

A. *Cas dans lesquels le pus se fait jour par l'urèthre seulement :*

Je donne 35 observations. (L'ouverture s'est faite 28 fois spontanément et 7 fois par ou pendant le cathétérisme.)

Les 35 cas comprennent	**10 morts**	3 sans relation de cause à effet (*obs.* 110, 113, 114). 3 par infection purulente (*obs.* 7, 62, 99). 2 par pyélo-néphrite (*obs.* 63, 70). 1 par péritonite (*obs.* 100). 1 cause non spécifiée (*obs.* 60).
	25 guérisons qui en moyenne, se sont effectuées en 27 jours.	

(Je laisse de côté ici les cas trop complexes dans lesquels l'ouverture uréthrale s'est compliqué de diffusion vers d'autres régions).

B. *Cas dans lesquels le pus s'est fait jour par le rectum :*

Mon relevé porte sur 43 cas (18 avec ouverture rectale seule, 21 avec ouverture uréthro-rectale et 4 seulement dans lesquels la diffusion du pus a gagné d'autres régions. Ces 43 observations peuvent donc se comparer.)

L'ouverture rectale s'est effectuée spontanément 30 fois et 13 fois par le bistouri.

Les 13 ouvertures chirurgicales ont donné...........	**2 morts**.. *obs.* 52, Péritonite par perforation; *obs.* 54, Infection purulente. **11 guérisons** pour lesquelles la durée moyenne a été de 32 à 33 jours.
Les 30 ouvertures spontanées ont donné....................	**20 guérisons** : La durée n'est indiquée que 11 fois et parait avoir été de 65 à 66 jours en moyenne (dans un cas, *obs.* 19, l'état fistuleux a persisté un an). **5 morts** : Dont 2 sans relation de cause à effet (*obs.* 33 et 77, affections thoraciques) et 3 autres dues à la pyélo-néphrite (*obs.* 76), à l'abondance de la suppuration (*obs.* 30 et 115). **4 cas avec survie de l'état fistuleux** (*obs.* 3, 75, 23, 16). **1 cas** : Terminaison méconnue.

C. *Cas dans lesquels le pus s'est fait jour par le périnée :*

Ce mode d'ouverture est noté 15 fois : 7 fois l'ouverture périnéale s'est produite seule et 8 fois le pus avait en même temps suivi d'autres voies.

Sur ces 15 cas, 5 fois l'ouverture périnéale s'est produite spontanément et 10 fois par le bistouri.

Les 5 ouvertures spontanées ont donné......................	**2 guérisons** (*obs.* 56 et 79). **3 cas** avec survie de l'état fistulenx (des 23, 51, 61).
Les 10 ouvertures chirurgicales ont donné......................	**1 mort** par infection purulente *obs.* 87). **3 cas** avec survie de l'état fistuleux (*obs.* 2, 88, 92). **6 guérisons** (*obs.* 42, 46, 48, 49, 72, 93).

Dans le cas où la mort est survenue par infection purulente (*obs.* 87), il faut bien noter qu'il n'y avait pas eu incision, mais simple ponction.

Deux des malades chez lesquels il y a eu survie de l'état fistuleux étaient atteints de rétrécissement ancien (*obs.* 2 *et* 88) et l'un d'eux a été perdu de vue au bout de quatre semaines; le troisième avait 62 ans.

Dans 1 cas (*ob* . 72), l'incision périnéale a été une véritable taille bilatérale; elle a permis la guérison rapide d'un malade qui suppurait depuis plus d'un mois.

Dans les cinq autres guérisons, l'incision périnéale a paré à toute autre fusée purulente. Quant à la durée, elle n'est spécifiée que pour trois des observations.

1 fois (*obs.* 42) la guérison a été rapide.
1 fois (*obs.* 93) elle a été obtenue en sept semaines.
1 fois (*obs.* 46) elle a été obtenue en neuf jours.

Notons que, dans ce dernier cas, l'incision avait été précoce et pratiquée par le périnée, malgré l'existence d'un point fluctuant, appréciable par le toucher rectal.

PLANCHES

PLANCHE I

Coupe transversale de la prostate destinée à montrer les connexions veineuses de la glande. (*Voir p.* 104.)

Fig. 1. — La prostate a été prise sur un homme de 30 ans. — La coupe a été faite perpendiculairement à l'urèthre et près de la base de la prostate (entre l'orifice de l'utricule et le col vésical). — Le cercle veineux périphérique représente la coupe des plexus périprostatiques. — Le plexus intra-prostatique (veines sous-muqueuses de l'urèthre et du col) se voit au centre même de la figure. — Le petit cercle veineux, situé immédiatement au dessous, représente la coupe schématique des veines intra-muqueuses de l'utricule et des canaux éjaculateurs.

Prostatite suppurée. (*Voir p.* 49.)

Fig. 2. — Coupe pratiquée dans le sens perpendiculaire à l'axe de l'urèthre.

a. — Tissu prostatique parcouru par des canaux glandulaires à peu près parallèles, autour desquels on distingue une multiplication notable de noyaux.

b. — Région des culs-de-sac glandulaires. — L'inflammation n'est pas circonscrite aux glandules elles-mêmes, mais au tissu interglandulaire, où certains points plus colorés que le reste de la préparation indiquent que la suppuration est proche. — Dans deux de ces culs-de-sac, on reconnaît deux calculs azotés caractérisés par leurs zones concentriques.

Fig. 3. — Coupe pratiquée dans les mêmes conditions que la précédente.

aa. — Culs-de-sac glandulaires sains.

b. — Culs-de-sac enflammés. — Prolifération extrêmement abondante des éléments de la paroi.

c. — Extension du processus inflammatoire au tissu interstitiel. Ces foyers d'agglomération nucléaire développés dans les intervalles des fibres musculaires entrent en communication en *d* avec les foyers glandulaires.

Sur cette préparation, on peut voir nettement la démarcation tranchée qui sépare les parties saines des parties malades.

Pl. 1

Fig. 1

Fig. 2.

b

a

Fig. 3.

a

b

d

c

Imp. Becquet

Brissaud del.

PLANCHE II

Abcès de la prostate ouvert dans l'urèthre.

L'urèthre a été fendu sur toute l'étendue de sa paroi supérieure. – L'incision se prolonge sur la paroi antérieure de la vessie jusqu'au sommet de l'organe. — La prostate est presque entièrement détruite par la suppuration. — La collection purulente communique avec l'urèthre par trois ouvertures ovalaires séparées par des petits ponts de muqueuse et situés à gauche du verumontanum. (*Pièce n° 19 de la collection anat. pathol. de M. le prof. Guyon.*)



PLANCHE III

Abcès de la prostate sans communication avec l'urèthre

L'urèthre et la vessie ont été incisés comme dans la pièce de la planche II, mais les connexions du pubis avec la prostate et l'urèthre ont été respectées en partie. — La courburc prostato-périnéale de l'urèthre persiste par conséquent.

La prostate est transformée en une sorte de caverne qui entoure l'urèthre de toute part. — La muqueuse uréthrale n'offre pas de solution de continuité. — L'urèthre indemne conservait donc sa forme tubulée au milieu du pus qui le baignait de tous côtés lors de l'autopsie.

La portion anté-uréthrale de la caverne prostatique a été forcément ouverte par l'incision de la paroi supérieure de l'urèthre. — Les deux orifices obtenus par cette section se voient en dedans des surfaces articulaires de la symphyse pubienne qui ont été séparées et écartées. — Une sonde en gomme passée derrière l'urèthre montre bien les dispositions réciproques du canal et du foyer prostatique. (*Pièce n° 55 de la collection anat. pathol. de M. le prof. Guyon.*)



BIBLIOGRAPHIE

Adams (John). — *Anatomie and diseases of the prostate*, 2e édit. Londres, 1853, p. 37.

Amussat. — *Leçons sur les rétentions d'urine causées par les rétrécissements du canal de l'urèthre et sur les maladies de la prostate*, publiées par A. Petit (de l'île de Ré). Paris, 1832, p. 194 et 196.

Augier. — *Infection purulente consécutive à un débridement du méat urinaire chez un calculeux*, Bull. Soc. anat., 1874, 49e année, 3e série, t. IX, p. 406.

Baader (J.). — *Thesaurus dissertationum, programmatum aliorumque opusculorum selectissimorum ad omnem medicinæ ambitum pertinentium collegit, edidit et necessarios indices adjunxit* Ed. Sandifort, Leyde, 1768-1778, vol. III, p. 35 (*Prostata glandula in abcessum magnum distensa*) et vol. III, p. 72 à 75 (*Prostata in cadaveribus venerea labe infectis, examen*).

Balzer. — *Abcès prostatique et périprostatique chez un tuberculeux.* Bull. Soc. anat., 1876, 51e année, 4e série, t. I, p. 112.

Barbette. — *Du périnée et des abcès urineux.* Th. Paris, 1848, p. 26.

Barbier. — *Prostatite aiguë suppurée*, Bull. Soc. anat., 1872, 47e année, p. 283. (Ce vol. publié comme XVIIe vol. de la 2e série est en réalité le t. VII de la 3e série.)

Begin. — Article *Prostatite* in *Dictionn. de méd. et de chir. pratique.* Paris, 1835, t. XIII, p. 598.

Bell (B.). — *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne* (1797). Trad. par Bosquillon. Paris, 1802, t. I, p. 153 et 318.

Béraud. — *Maladies de la prostate.* Th. d'agrég. Paris, 1857.

Bertherand (A.). — *Abcès prostatique cause de dysurie, etc.* Gaz. méd., 1851, p. 53.

Bonnafond. — *Abcès de la prostate provoqué par des injections de nitrate d'argent* (cité par Bertherand, loc. cit., Gaz. méd., 1851).

Bouloumié. — *Considérations générales sur la pathogénie des maladies de la prostate et prostatite subaiguë.* Paris, 1874 (mémoire présenté à la *Soc. de méd. pratique de Paris*).

Bosquillon. — *Observations sur les engorgements de la prostate*, add. à la trad. du traité de B. Bell, sur la gonorrhée virulente, Paris. 1802, t. I, p. 155.

Boyer. — *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent.* Paris, 1824, t. IX, p. 110 et 186.

Broca (Paul). — *De la propagation de l'inflammation.* Th. doct. Paris, 1849.

Broca (Paul). — *Traité des tumeurs.* Paris, 1869, t. II, p. 121.

Brodie. — *Leçons sur les maladies des organes urinaires.* Trad. par Joseph Patron. Paris, 1845, p. 42, p. 47 et p. 196 à 206.

Caïre. — *Observations de rétrécissement uréthral avec suppuration de la prostate et passage de la matière purulente dans le rectum.* Gaz. méd., 1837, p. 59.

Carpentier-Méricourt. — *Cystite chronique. Phlébite suppurée des plexus de Santorini.* Bull. Soc. anat., 1874, 49e année. 3e série, t. IX, p. 678.

Castañeda y Campos. — *Du phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius ou phlegmon périvésical.* Th. doct. Paris, 1878.

Caudmont. — Th. Paris, 1847.

Charcot. — Cours d'anatomie pathologique de la Faculté : *Des cirrhoses viscérales épithéliales en général,* Progrès méd., 1878. Voir aussi à propos de la *pathogénie de l'inflammation.* Progrès méd., 1877, p. 800.

Chassaignac. — *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical.* Paris, 1859, t. II, p. 421 à 437.

Chassaignac. — *Abcès à l'anus* in *Dict. Encycl. des sciences méd.* Paris, 1870, 1re série, t. V, p. 467.

Chopart. — *Traité des maladies des voies urinaires* avec des notes et des add. par P.-S. Ségalas. Paris, 1855, p. 343.

Civiale. — *Aperçu pratique sur la suppuration et les abcès de la prostate.* Bull. de thérapeut., 1848, t. XXXIV, p. 337 à 345.

Civiale. — *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1850, 2e édit., t. II.

Cocteau. — *Des fistules uréthrales chez l'homme.* Th. d'agrég. Paris, 1869.

Colles (W.). — *Sur le traitement d'une forme particulière des maladies de la glande prostate.* Gaz. méd., 1846, p. 95.

Conche. — *Blennorrhagie, injection abortive, prostatite suppurée.* Bull. Soc. anat., 42e année, 1867, p. 185 à 195. (Ce vol. publié comme t. XII de la 2e série est en réalité le t. II de la 3e série.)

Cooper (Astley). — *Œuvres chirurgicales complètes,* traduites de l'anglais avec des notes par E. Chassaignac et G. Richelot. Paris, 1837, p. 574.

Cooper (Samuel). — *Traité élémentaire de pathologie chirurgicale.* Trad. de la 7e édit. parue à Londres en 1840 par E. Delamare. Paris, 1855, p. 624.

Cullerier. — *Des affections blennorrhagiques.* Paris, 1861, p. 124 à 132.

Curtis. — *Prostatite suppurée.* Bull. Soc. anat. 48e année, 1873, p. 17. (Ce vol., publié comme t. VIII de la 5e série, est en réalité le t. VIII de la 3e série.)

David (P.-J.) — *Rétention d'urine par engorgement de la prostate.* Th. doct. Paris, an XII (1804).

Delhomme. — *De la prostatite aiguë chez les vieillards.* Th. Paris, 1859.

Demarquay. — *Observations de phlegmon périprostatique* recueillies par Paupert. Gaz. des hôpit., 1856, p. 154.

Demarquay. — *Abcès de la prostate* in Revue clinique de la *France méd.*, année 1862, p. 568.

Demarquay. — *Clinique sur les abcès périprostatiques.* Union méd., 1862, p. 593.

Denian. — *Essai sur l'inflammation subaiguë de la prostate chez les adultes.* Th. Paris, 1865.

Desault (P.-J.). — *Rétention d'urine par le gonflement de la prostate,* Journal de chirurg. Paris, 1791, t. II, p. 185.

Desault (P.-J.). — *Maladies des voies urinaires.* Œuvres chirurgicales, par Xavier Bichat. Paris, 1803, t. III, p. 220.

Deschamps. — *Traité historique et dogmatique de la taille,* avec un supplément par J. Begin. Paris, 1826, t. I, p. 186, et t. III, p. 399.

Descubes. — *Étude sur les abcès de la prostate.* Th. Paris, 1866.

Désormeaux. — *Abcès métastatique de la prostate sur un sujet mort d'infection purulente.* Soc. de chirurg., séance du 1er mai 1861.

Després. — *Abcès phlegmoneux du bassin consécutifs à des fractures de la colonne lombaire ou du col du fémur.* Gaz. des hôp., 1857, p. 18, 19 et 21.

Després (Armand). — *Diagnostic des tumeurs,* in Traité du diagnostic des maladies chirurgicales de Foucher. Paris, 1868, p. 320.

Després (Armand). — *La chirurgie journalière.* Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Cochin, 31e leçon, p. 460. Paris, 1877.

Dittel. — *Die Ablösung der vordern Mastdarmwand, Wiener medicin. Wochenschrift.* 1874, no 16.

Dolbeau. — *Traité pratique de la pierre dans la vessie.* Paris, 1864,

Dransart. — *Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologique des tumeurs urinaires et des abcès urineux.* Progrès méd., 1873, t. I, p. 15.

Dubreuil. — *Abcès périprostatique et péri-uréthral.* Union méd., 1872, p. 375.

Dugas. — *Fragments pour servir à l'histoire des maladies de la glande prostate.* Th. Montpellier, 1832.

Dupuy. — *Rétrécissement de l'urèthre. Abcès de la prostate.* Bull. Soc. anat., 1872, p. 61. (Ce vol. publié comme t. XVII de la 2e série, 42e année, est en réalité le t. VII de la 3e série, 47e année.)

Erichsen. — *Case of death from profuse hæmaturia consequent on an abces between the prostate and rectum.* Med. Times and Gazette, 1860, p. 79.

Faucon. — *De la péritonite et du phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique.* Archives générales de méd., 1877, vol. II, 6e série, t. XXX, p. 385 et 345.

Fenn (C.-F.). — *Fistule urinaire ouverte dans le triangle de Scarpa et consécutive à la présence d'un calcul vésico-prostatique.* Chicago, Medic. Journal and examiner, avril 1878.

Lee (H.). — *Des écoulements d'origine prostatique.* Saint-Georges Hospital Reports, 1871, vol. VI, p. 21 et suiv.

Leroy d'Étiolles. — *Rétention d'urine produite par l'engorgement de la prostate.* — Mém. lu à l'Ac. royale des sciences, séance du 3 août 1829, et analysé, in Arch. de méd., 1829, t. XXI, 7e année, p. 462.

Leroy d'Étiolles. — *Considérations anatomiques et chirurgicales sur la prostate.* Paris, 1840 (J.-B. Baillière).

Leroy d'Étiolles. — *Hypertrophie de la prostate avec un ancien abcès de la glande contenant plusieurs calculs.* Bull. Soc. anat., 1860, XXXVe année, 2e série, t. V, p. 220.

Lippert (H.). — *Mittheilungen aus der praxis prostatitis.* D. Klinik, 1853, nº 17. (Cité par Socin. loc. cit.)

Malsang. — *De la prostatite aiguë.* Th. Paris, 1865.

Malteste. — *Des calculs de la prostate.* Th. Paris, 1876, p. 28 à 34 et p. 46.

Martin. — *Étude clinique sur quelques complications des rétrécissements de l'urèthre.* Th. Paris, 1875.

Maunder. — *Two cases of idiop. abscess of the prostate gland.* Lancet, 21 avril 1866, p. 423.

Mauviez. — *Engorgement de la prostate.* Th. Paris 1838, p. 20, 21.

Meade (R.-H.). — *On inflammation and abscess of the prostate gland.* Med. Times and Gaz., 20 oct. 1860, t. II, p. 372.

Melchior-Robert. — *Nouveau traité des maladies vénériennes.* Paris, 1861, p. 173 et suiv.

Mercier. — *Rech. anat. pathol. et thérap. sur les maladies des organes urinaires et génitaux,* considérés spécialement chez les hommes âgés. Paris, 1841.

Mercier. — *Étude sur l'anatomie du rectum.* Gaz. heb., 1857, p. 214.

Mercier. — *De l'uréthrite chronique.* Union méd., 1858, p. 298.

Monod. — *Blessure de la prostate dans la ponction vésicale sus-pubienne.* Société de chirurgie, séance du 5 septembre 1855 in Gaz. des hôp. 1855, p. 484.

Moysant. — *Abcès prostatique chez un calculeux.* Bull. Soc. anat., 1856, XXXIe année, 2e série, t. I, p. 81.

Munchmeyer. — In *Hufeland's Journal der practischen Heilkunde,* continué par Osann, cahier de juin et juillet 1839. (Voir Gaz. médic., 1839, p. 790.)

Nauche. — *Des maladies de la vessie et du conduit urinaire chez les personnes avancées en âge.* Paris, 1819, 2e édit., p. 59 et 198.

Nélaton. — *Leçon clinique de février* 1858 relatée par Horion (loc. cit., p. 337).

Nélaton. — *Leçon clinique de juin* 1859, relatée par Horion (loc. cit., p. 224).

Nélaton. — Voir une Revue clinique de la *France méd.*, 1859, p. 163.

Nélaton. — *Pathologie chirurgicale.* Paris, 1859, 1re édit., t. V, p. 311.

Olive. — *Abcès de la prostate, suite de cystite cantharidienne.* Union méd. 1866, p. 447.

Ollivier. — Article *Prostate* in Dict. en 21 vol. Paris, 1837, t. XVII.

Ott (A.). — *Cas de prostatite aiguë consécutive à des injections.* Prag. med. Wochenschrift, 1864, p. 300.

Otto Stoll. — *Zur Pathologie und Therapie des acuten Prostataabscesses.* Zurich, 1877.

Paquet. — *Leçons sur la chirurgie clinique des maladies des voies urinaires.* Paris, 1878, 6e leçon, p. 60.

Parmentier. — *Clinique de Demarquay sur les abcès périprostatiques.* Union méd., 1862, p. 593.

Pastureau (J.-L.). — *Des abcès de la prostate.* Th. Paris, 1872.

Patissier. — Article *Prostate* in Dict. des sciences méd. Paris, 1820.

Patron (J.). — *Addition à la traduction des Leçons de B. Brodie sur les maladies des organes urinaires.* Paris, 1845, p. 202.

Pauffard. — *Contribution à l'étude du traitement des fistules uréthro-périnéales et uréthro-scrotales.* Th. Paris, 1879.

Paupert. — *Observation de phlegmon périprostatique* Gaz., des hôp. 1856, p. 154.

Peter. — *Cas d'épididymite blennorrhagique suivie d'inflammation de la vésicule séminale, de péritonite,* etc. Union méd., 1856, t. X, p. 562.

Petit (J.-L.). — Œuvres posthumes de chirurgie mises au jour par M. Lesne, maître en chirurgie. Paris, 1774, t. III, p. 33.

Phillips (Ch.). — *Traité des maladies des voies urinaires.* Paris, 1860, p. 285 à 300.

Picard (H.). — *Note sur les inflammations et abcès de la prostate.* Paris, 1875.

Picard (H.). — *Traité des maladies de la prostate.* Paris, 1877.

Pigeaux. — In Compte rendu des travaux péndant l'année 1830, par M. Bérard jeune, secrétaire. Bull. Soc. anat. 1830, 5e année, p. 188.

Pitman. — *Unsuspected abscess of the prostate gland in a case of gonnorrhœa with febril symptoms, fatal result.* Lancet, p. 408. London, october 1860.

Planty-Mauxion. — *Des Kystes de la prostate.* Th. Paris, 1878, p. 13.

Pouliot (G.). — *De la ponction hypogastrique de la vessie.* Th. Paris, 1868, p. 112.

Pozzi (S.). — *Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur.* Th. doct. Paris, 1873.

Reliquet. — *Traité des opérations des voies urinaires.* Paris, 1871, p. 337.

Reliquet. — *Faits de phlegmons périvésicaux.* (Note lue à la Soc. de méd. de Paris dans la séance du 9 février 1878.) Union méd., 1878, nos du 26 février et du 5 mars.

Reliquet. — *Leçons sur les maladies des voies urinaires.* Paris, 1878, 1er fasc., p. 83.

Richet (A.). — *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale.* Paris, 1877, 5e édit., p. 885.

Ricord. — *Accidents et complication de la blennorrhagie,* in Leçons cliniques sur les maladies vénériennes, rédigées par Melchior Robert. Gaz. des hôp. 1847, p. 512.

Reiss und Guterbock. — *Décollement de la paroi antérieure du rectum consécutif à un abcès de la prostate.* Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin, année 1874. T. II, p. 299. Berlin, 155.

Rindfleisch. — *Traité d'histologie pathologique.* Traduit par Gross, 1873, p. 561.

Robin (Ch.). — *Humeur prostatique,* in Leçons sur les humeurs. Paris, 1874, 2e édit., p. 444.

Robin (Ch.) **et Cadiat.** — *Sur la constitution des muqueuses de l'utérus mâle des canaux différents et des trompes de Fallope.* Journ. de l'anat. et de la physiol. 1875, p. 83 à 99 et p. 105 à 120.

Rodrigues (Hubert). — *Nouveau traité des rétrécissements de l'urèthre.* Paris, 1843, p. 139 à 151.

Sappey. — *Recherches sur la conformation extérieure et la structure de l'urèthre de l'homme.* Paris, 1854.

Schwartz. — *Fistule uréthro-rectale, suite d'abcès de la prostate.* Union méd., 1874, p. 2.

Socin (Auguste) (de Bâle.). — *Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie.* Pitha et Billroth. Stuttgard, oct. 1875, t. III, 2e partie, 8e livraison, p. 19 à 24.

Sœmmering. — *Traité des maladies de la vessie et de l'urèthre considérées particulièrement chez les vieillards.* Trad. par Hollard. Paris, 1824, p. 142.

Solmon. — *Abcès prostatique.* Bull. Soc. anat., 46e année, 1871, p. 220. (Ce vol., publié comme t. VI de la 5e série, est en réalité le t. VI., de la 3e série.)

Swediaur. — *Traité complet sur les symptômes, les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques.* Paris, 1817, 7e édit. t., I, p. 330.

Tagand. — *De la prostatite aiguë.* Th. Paris, 1858.

Tapret (O.). *Étude clinique sur la tuberculose urinaire* (mémoire couronné : prix Civiale 1876). Arch. gén. de méd. 1878, vol. I, p. 513, vol. II, p. 57 et 1879, vol. II, p. 405.

Terrillon. — *Abcès prostatique aigu.* Gaz. des hôp., 1879, p. 986.

Thompson (H.). — *The diseases of the prostate.* Third edit. London, 1868.

Thompson (H.). — *Traité pratique des maladies des voies urinaires.* Trad.

de Ed. Martin, Ed. Labarraque et V. Campenon. Paris, 1874, p. 333 à 358.

Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique.* Paris, 1879, 2e édit., p. 752 et 913.

Vautier. — *Abcès de la prostate.* Bull. Soc. anat., 1853, XXVIIIe année, p. 106.

Vasy. — *Adéno-phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur.* Th. Paris, 1879.

Velpeau. — *Notes sur quelques observations recueillies à la clinique chirurgicale de J. Cloquet.* Arch. gén. de méd. Paris, 1827, 5e année, t. XIV, p. 500.

Velpeau. — Article *Prostate*, in Dict. de méd. en 30 vol. Paris, 1842.

Verdier (J.-E.). —*Observations et réflexions sur les phlegmasies de la prostate*, mémoire de 170 pages. Le Vigan, 1837 (se trouve à la bibliothèque de la Faculté, t. 214 de la Coll. in-8o).

Vidal (de Cassis). — *Accidents de la blennorrhagie, prostatite aiguë.* Annales de la chirurgie française, novembre 1844, t. XII, p. 257.

Vidal (de Cassis). *Traité de pathologie externe*, 4e édit. Paris, 1855, t. IV, p. 639 à 650.